



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
CAMPUS BAIXADA SANTISTA

MARIANA CRISTINA MELARÉ AMBROSINA

SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL: MANIFESTAÇÃO SOMÁTICA QUE ACOMPANHA  
ESTADOS PSÍQUICOS?

SANTOS

2013

Mariana Cristina Melaré Ambrosina

Síndrome do Intestino Irritável: manifestação somática que acompanha estados psíquicos?

Trabalho de Conclusão de Curso desenvolvido para a  
obtenção do grau de Psicólogo e apresentado à Universidade  
Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista.

Orientador: Prof. Dr. Sidnei José Casetto

Santos

2013

A496s      Ambrosina, Mariana Cristina Melaré -  
Síndrome do Intestino Irritável: Manifestação Somática que  
acompanha estados psíquicos? / Mariana Cristina Melaré Ambrosina  
– 2013.  
83 f: il. color. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Sidnei José Casetto.  
Trabalho de conclusão de curso (graduação) – Universidade  
Federal de São Paulo - UNIFESP, 2013.

1. Síndrome do Intestino Irritável. 2. Imagem corporal  
inconsciente. I. Prof. Dr. Sidnei José Casetto. II. Síndrome do  
Intestino Irritável: Manifestação Somática que acompanha estados  
psíquicos?

Mariana Cristina Melaré Ambrosina

Síndrome do Intestino Irritável: manifestação somática que acompanha estados psíquicos?

Trabalho de Conclusão de Curso desenvolvido para a obtenção do grau de Psicólogo e apresentado à Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista.

Aprovado em: Santos, 09 de janeiro de 2013

---

Profa. Dra. Lara Cristina D' Avila Lourenço  
(UNIFESP)

---

Prof. Dr. Sidnei José Casetto  
(Orientador)  
(UNIFESP)

Às pessoas que aceitaram participar da pesquisa,  
especialmente aquelas que me receberam  
em suas casas com muito carinho e  
respeito, eu dedico este trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus, pois sem ele nada seria possível.

Agradeço imensamente à minha mãe, Celeste, que sempre me incentivou e apoiou em minhas decisões, além de lutar muito para custear meus estudos. Sem ela, provavelmente, não estaria me formando.

Agradeço a todos meus familiares, em especial Pai Wagner, Avó Cristina, Tias Bia, Cida, Cris, Élide e Fátima, Tios Odemir e Valter, Primos Andréia, Junior e Marcelo e namorado Rafael. Pessoas que sempre estiveram ao meu lado, dispostas a me ajudar no que fosse preciso.

Agradeço aos amigos, em especial Adalgiza, Carmita, Cris, Cristina, Denise, Diego, Elis, Flavinha, Graça, Marcela, Mateus, Mari Mineira, Mari Ruiva, Maria Cristina, Melina, Nina, Rita, Thays e Thays Cristina. Amizades de extrema importância que levarei para a vida toda e que, sem elas, essa caminhada teria sido muito mais difícil.

Agradeço aos professores que, de algum modo, contribuíram para minha formação, em especial, meu orientador, Sidnei, pela compreensão, paciência e dedicação e minha supervisora de estágio, Cristiane, que contribuiu muito para minha formação profissional e pessoal. Agradeço também ao médico responsável pelo Ambulatório de Doenças Intestinas do Hospital São Paulo, Dr. Orlando, por ter me recebido e autorizado a realização das entrevistas com seus pacientes.

*“Meu corpo [...] sabe a arte de esconder-me e é de tal modo sagaz que a mim de mim ele oculta. Meu corpo, não meu agente, meu envelope selado, meu revolver de assustar, tornou-se meu carcereiro, me sabe mais que me sei.”*

*Carlos Drummond de Andrade*

## RESUMO

AMBROSINA, M. C. M. **Síndrome do Intestino Irritável: manifestação somática que acompanha estados psíquicos?** 2013. 61 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2013.

A síndrome do intestino irritável (SII) é caracterizada como um distúrbio funcional do trato digestivo para o qual não se demonstrou, até o momento, qualquer alteração metabólica, bioquímica ou estrutural das vísceras envolvidas, manifestando-se pela acentuação, inibição ou modificação da função intestinal. O quadro da SII apresenta comumente incapacitação desproporcional aos achados do exame físico, inexistência de anormalidades laboratoriais e aparente associação com fatores psicossociais e/ou estresse. Os sintomas típicos da SII são desconforto ou dor abdominal, geralmente localizados na região baixa do abdômen, associados à alteração do hábito intestinal – constipação, diarreia ou alternância de uma e de outra. Outros sintomas frequentes são muco nas fezes, urgência retal, distensão abdominal e flatulência. A síndrome é de evolução crônica com amplo espectro de gravidade que varia de manifestações clínicas leves a muito exuberantes. Os múltiplos sintomas associados à SII exercem considerável impacto sobre a qualidade de vida do paciente, limitando a sua vida social, as oportunidades educacionais e a produtividade no trabalho. O objetivo do estudo foi investigar se a síndrome do intestino irritável apresenta indicadores de uma organoneurose (Alexander), de um transtorno psicossomático (Winnicott), ou ainda de um caso de manifestação somática que acompanha estados psíquicos não patológicos (Winnicott). Utilizou-se como instrumentos de investigação entrevista semi-estruturada e a realização de um desenho de figura humana seguida de inquérito sobre o desenho. Este desenho e o inquérito sobre ele foram adotados como instrumentos com base na teoria de Dolto, a qual afirma que a imagem corporal inconsciente pode ser considerada a encarnação simbólica inconsciente do sujeito desejante, sendo estruturada pela comunicação entre sujeitos, e o vestígio memorizado do gozar frustrado, reprimido ou proibido, e esta imagem pode ser expressa por meio do desenho e do diálogo estabelecido em relação a ele. Foram constituídos dois grupos, um com 10 sujeitos diagnosticados com a SII e outro grupo, para comparação, também com 10 sujeitos sem a SII. Os resultados e suas análises apoiaram a hipótese que a SII poderia ser classificada como uma manifestação somática que acompanha estados psíquicos não patológicos, pois todos os sujeitos diagnosticados com a SII fizeram algum tipo de relação entre sintoma físico e vida emocional/psíquica e estariam com a imagem corporal inconsciente preservada, uma vez que não apresentaram nenhuma dificuldade com relação à expressão de desejos e de ação.

**Palavras-chave:** síndrome do intestino irritável, imagem corporal inconsciente, manifestação somática.



## ABSTRACT

AMBROSINA, M. C. M. **Irritable Bowel Syndrome: somatic manifestation accompanying psychological states?** 2013. 61 f. Completion of course work - Federal University of Sao Paulo, Santos, 2013.

The irritable bowel syndrome (IBS) is characterized as a functional disorder of the digestive tract, which has not been shown any metabolic, biochemical or structural viscera change involved so far. It is manifested by stress, inhibition or modification of function bowel. The SII commonly present disability disproportionate to the findings of physical examination, no laboratory abnormality and apparent association with psychosocial factors and / or stress. Typical symptoms of IBS are abdominal pain or discomfort, usually located in the lower abdomen, associated with changes in bowel habits - constipation, diarrhea or alternating between them. Other common symptoms are mucus in stool, rectal urgency, bloating and flatulence. The syndrome is a chronic disease with a wide spectrum of severity, ranging from mild to very lush clinical manifestations. The multiple symptoms associated with IBS have considerable impact on the patients' quality of life, limiting their social life, educational opportunities and productivity at work. The aim of this study was to investigate whether irritable bowel syndrome presents indicators of an organoneurose (Alexander), a psychosomatic disorder (Winnicott) or a case of somatic manifestation accompanying non pathological psychic states (Winnicott). It was used as research tools interview scripts and the solicitation of drawing of the human figure, followed by an inquire about the drawing. Drawing and inquiry about the drawing were adopted based on Dolto's theory, which states that the unconscious bodily image can be considered the symbolic uncscious embodiment of the desiring subject and is structured by communication between subjects. According to this author, the unconscious bodily image can also be regarded as the mnemonic vestige of the frustrated enjoyment, repressed or prohibited. Both these aspects of the uncscious bodily image may express themselves on the drawing and on the relation established in talking about it. Then it was created two groups, one with 10 subjects diagnosed with IBS and another control group, also with 10 subjects, without IBS. The results and their analysis showed that IBS can be classified as a somatic manifestation accompanying non pathological psychic states, because all subjects diagnosed with IBS did some kind of relationship between physical symptoms and emotional/ psychic life, and body image are also unconscious preserved, since they do not present any difficulty about the expression of desires and actions.

**Keywords:** irritable bowel syndrome, unconscious body image, somatic manifestation.

**LISTA DE QUADROS E TABELAS**

|               |    |
|---------------|----|
| Quadro 1..... | 19 |
| Quadro 2..... | 27 |
| Quadro 3..... | 41 |
| Tabela 1..... | 26 |
| Tabela 2..... | 40 |

## SUMÁRIO

|   |  |    |
|---|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO.....  | 10 |
|   | 3.2 Contextualizações da Síndrome do Intestino Irritável.....              | 10 |
|   | 3.3 Sobre tratamentos da Síndrome do Intestino Irritável.....              | 12 |
|   | 3.4 Teorias de interesse.....  | 14 |
|   | 3.1.1 Teoria de Franz Alexander.....                                       | 15 |
|   | 3.1.2 Teoria de Donald Woods Winnicott.....                                | 16 |
|   | 3.1.3 Teoria de Françoise Dolto.....                                       | 17 |
|   | 3.1.4 Hipóteses para classificação da Síndrome do Intestino Irritável..... | 18 |
| 4 | OBJETIVO.....  | 20 |
| 5 | METODOLOGIA.....   | 21 |
|   | 1.3 Participantes.....   | 21 |
|   | 1.4 Entrevistas.....   | 23 |
|   | 5.1.1 Local onde foram realizadas as entrevistas.....                      | 24 |
|   | 5.1.2 Análises das entrevistas.....  | 24 |
|   | 1.5 Realização do Desenho.....   | 24 |
|   | 5.1.3 Análise dos desenhos.....  | 25 |
| 2 | RESULTADOS E DISCUSSÃO.....  | 26 |
|   | 2.3 Grupo A.....   | 26 |
|   | 2.4 Grupo B.....   | 40 |
|   | 2.5 Comparação dos Grupos A e B.....                                       | 47 |
| 3 | CONCLUSÃO.....   | 50 |
| 4 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....  | 53 |
|   | APÊNDICE 1.....  | 54 |
|   | APÊNDICE 2.....  | 55 |
|   | APÊNDICE 3.....  | 56 |
|   | APÊNDICE 4.....  | 58 |
|   | APÊNDICE 5.....  | 60 |

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Contextualizações da Síndrome do Intestino Irritável

A síndrome do intestino irritável (SII) é uma condição clínica muito comum em todo o mundo, com uma prevalência mundial de 10% a 20% (Camilleri & Choi, 1997, apud Lackner, 2004). Estudos realizados nos Estados Unidos estimam que entre 10% a 15% da população apresenta sintomas da síndrome, com predomínio nas mulheres. Embora somente 30% dos pacientes procurem assistência médica, a SII é responsável por aproximadamente 12% das consultas de assistência primária e 28% das consultas aos gastroenterologistas (Passos, 2006).

Trata-se de um distúrbio funcional do trato digestivo para o qual não se demonstrou, até o momento, qualquer alteração metabólica, bioquímica ou estrutural da(s) víscera(s) envolvida(s), manifestando-se pela acentuação, inibição ou modificação da função intestinal (*ibid.*). O quadro da SII apresenta comumente incapacitação desproporcional aos achados do exame físico, inexistência de anormalidades laboratoriais e aparente associação com fatores psicossociais e/ou estresse (Bombana, 2006).

Estudos mostraram que pacientes com a SII apresentam hipersensibilidade visceral: experiência exagerada de dor em resposta a estímulos viscerais levemente dolorosos ou mesmo normal (Drossman, 1998). Os sintomas típicos da SII são desconforto ou dor abdominal, geralmente localizados na região baixa do abdômen, associados à alteração do hábito intestinal – constipação, diarreia ou alternância de uma e de outra. Outros sintomas frequentes são muco nas fezes, urgência retal, distensão abdominal e flatulência. A síndrome é de evolução crônica com amplo espectro de gravidade que varia de manifestações clínicas leves a muito exuberantes (Passos, 2006).

Os múltiplos sintomas associados à SII exercem considerável impacto sobre a qualidade de vida do paciente, limitando a sua vida social, as oportunidades educacionais e a produtividade no trabalho (*ibid.*).

A etiologia e fisiopatologia da SII não são ainda totalmente compreendidas, mas acredita-se, pelos conhecimentos adquiridos nos últimos anos, que a etiologia seja multifatorial. A diversidade das manifestações clínicas apresentadas pelos pacientes torna pouco provável que um único mecanismo seja o responsável pela síndrome. Alterações na motilidade gastrointestinal e na sensibilidade visceral, bem como fatores psicossociais, contribuem para a expressão dos sintomas (*ibid.*).

Atividades motoras, sensoriais, autonômicas do trato digestivo, interagem continuamente com o SNC. Compreende-se, assim, que informações exteriores ou cognitivas, mantendo conexões com centros que interferem na função gastrointestinal, tenham capacidade de influenciar a secreção, a motilidade e as sensações digestivas (*ibid.*).

Mais recentemente surgiu uma nova área de investigação dessa síndrome. Depois de décadas de estudos de como esses pacientes se distinguem dos normais em relação à sua fisiologia gastrointestinal, começou-se a perceber diferenças na fisiologia do cérebro. Tomografia por emissão de pósitrons (PET) de varredura da atividade cerebral medida com base em aumento no fluxo sanguíneo regional mostrou que, depois de distensão retal, um sujeito normal ativa o giro do cíngulo anterior (ACG), enquanto que o paciente com a síndrome não o ativa. Além disso, esses últimos pacientes ativam o córtex pré-frontal, uma área não ativada em indivíduos normais. O ACG é um sítio de ligação de opiáceos pesados, que, quando ativado, pode reduzir o estímulo sensorial recebido. Além disso, a ativação do córtex pré-frontal vista preferencialmente em pacientes portadores da síndrome, está associada com hipervigilância e ansiedade. Portanto, a ativação do córtex pré-frontal e recíproca inibição do ACG, poderiam representar uma forma de disfunção cerebral nesses

pacientes, e isso poderia ajudar a explicar a sua hipersensibilidade visceral e aumento da hipervigilância psicológica (Drossman, 1998).

Nota-se esforço, nesta área de investigação, para encontrar um marcador biológico, neste caso neurológico, uma vez que não se encontra nenhum na fisiopatologia da SII. A correlação descrita entre o ACG e o córtex pré-frontal com a sensibilidade visceral, no entanto, ainda parece pouco esclarecer sobre os determinantes da SII.

## **1.2 Sobre tratamentos da Síndrome do Intestino Irritável**

O tratamento da SII, especialmente de suas formas graves, representa um dos grandes desafios para o gastroenterologista, sendo que, até o momento, não existe uma terapêutica que seja verdadeiramente eficaz (Passos, 2006). Essa síndrome tende a ser refratária aos tratamentos médicos comuns e às medidas paliativas habituais. A ineficiência do tratamento nesses pacientes, ao invés de causar seu abandono, como seria o mais comum, leva a uma intensificação da procura por ele (Barsky e Borus, 1999, apud Bombana, 2006).

Quanto à abordagem terapêutica, alguns autores propõem uma consulta médica psicologicamente enriquecida, com a incorporação de técnicas psicoterápicas básicas, ou seja, uma tentativa de integrar princípios dos tratamentos psiquiátrico e psicológico aos cuidados médicos (Wessely et al., 1999; Sharpe e Carson, 2001, apud Bombana, 2006).

Drossman (1998) afirma que um grande problema que enfrentamos ainda, mesmo com os avanços da ciência é que, partindo da perspectiva biomédica, a condição de doença “sem doença” é considerada ilegítima, e pode ser rotulada como "psicossomática", um termo que questionaria a credibilidade dos sintomas, mesmo que eles sejam muito reais para o paciente. Dessa forma, muitos pacientes acabariam sendo negligenciados pelos profissionais da saúde,

o que tornaria necessário mais trabalho para ensinar esses profissionais e ao público sobre a legitimidade de fatores psicossociais na doença médica.

Winnicott (1994) já havia dito que os pacientes que estão sempre incomodando uma sucessão de médicos a fim de serem examinados, muito raramente têm algo que possa ser descoberto por exames físicos. Desta maneira, os médicos se desencaminham e espantosas histórias de negligência são relatadas.

Segundo Passos (2006), uma boa relação médico/paciente é fundamental no tratamento da SII. Afirmar ser necessário que os pacientes sejam esclarecidos de que seus sintomas são decorrentes de distúrbios funcionais e não caracterizam nenhuma doença grave ou risco de vida, assegurando-lhes que o problema será tratado de forma interessada e racional. Como já falado anteriormente, a tendência do médico é, com frequência, subestimar queixas de caráter funcional por um desconhecimento da atual fisiopatologia da síndrome e da importância dos eventos psicossociais a ela associados.

Os tratamentos psicológicos que foram desenvolvidos para tratar dessa síndrome têm suas raízes teóricas fundamentadas no modelo biopsicossocial (Drossman, 1998), segundo o qual os aspectos biológicos individuais (por exemplo, pré-disposição genética e fisiologia gastrointestinal), comportamento, processos cognitivos (por exemplo, estratégias de enfrentamento, crenças), fatores da vida precoce e o ambiente sociocultural do indivíduo influenciam na SII (Lackner, 2004). Aparentemente, estes autores se referem a terapêuticas cognitivo-comportamentais.

A maioria dos estudos corrobora o tratamento psicológico na redução do estresse, ansiedade e depressão e, em muitos casos, alívio da dor e do desconforto abdominal associado à SII. Uma revisão de 16 estudos clínicos randomizados e controlados envolvendo a terapia psicológica na SII concluiu que o tratamento psicológico é mais eficaz que o placebo no alívio dos sintomas individuais. Passos (2006) afirma que é necessário cautela na interpretação

desses resultados, uma vez que a maioria deles apresenta grandes limitações do ponto de vista metodológico.

Outros estudos demonstram que o placebo é capaz de promover melhora dos sintomas em mais de 50% dos pacientes, indicando que a terapêutica com medicamentos nem sempre é necessária e que as questões psicológicas e emocionais estão envolvidas no processo de tratamento da síndrome (*ibid.*).

Spanier (2003) afirma que a hipnoterapia e a psicoterapia mostram-se eficazes no tratamento dos sintomas somáticos; outros estudos mostram a melhora desses sintomas em pacientes que receberam esses tipos de terapias psicológicas. Embora, em geral, existam provas suficientes de que tratamentos psicológicos são eficazes, ainda não está claro se tal eficácia é atribuível aos efeitos não específicos de tratamento, ou seja, não se sabe se o efeito positivo causado nos pacientes é devido ao tratamento em si ou se é consequência dos outros aspectos associados a este, como os envolvidos na relação terapêutica, por exemplo, a atenção especial dada ao paciente por parte do terapeuta. (Lackner, 2004).

### **1.3 Teorias de interesse**

Bombana (2006) afirma que os quadros clínicos caracterizados por sintomas somáticos que são inexplicáveis clinicamente têm sido classificados na psiquiatria como transtornos somatoformes e na clínica médica como síndromes somáticas funcionais. Estas últimas caracterizam-se mais por sintomas, sofrimento e incapacidade do que por patologias específicas. A SII está inclusa dentro desta categoria.

A partir dessa afirmação de Bombana (2006) e de todo o exposto até agora, especialmente quanto aos tratamentos, caberia perguntar se a SII poderia ser considerada um transtorno psicossomático. Para tentar responder a esta questão, foram evocadas algumas



teorias de interesse neste campo. As teorias de Franz Alexander e de Donald Woods Winnicott foram utilizadas nesse trabalho para tentar responder com qual categoria – Transtorno Psicossomático (Winnicott), Manifestação Somática que acompanha estados psíquicos não patológicos (Winnicott) ou ainda Organoneurose (Alexander) – a SII teria mais pertinência. A teoria de Françoise Dolto sobre imagem corporal foi utilizada como um instrumento para se propor mais um indicador para cada categoria acima descrita, com o objetivo de auxiliar na classificação da SII.

#### **4.3.1 Teoria de Franz Alexander**

Segundo Alexander (1950/1989), os distúrbios emocionais das funções vegetativas podem ser divididos em duas categorias principais. A primeira é da preparação para a luta, ou para a fuga, na emergência. Os distúrbios pertencentes a essa categoria resultam da inibição ou repressão dos impulsos hostis de auto-afirmação. Devido ao fato dos impulsos estarem reprimidos ou inibidos, o comportamento correspondente (luta ou fuga) nunca se realiza. Dessa forma, o organismo fica, fisiologicamente, num estado constante de prontidão.

A segunda categoria é da retirada da atividade dirigida para o exterior. Neste caso, as pessoas reagem à necessidade de um comportamento centrado na auto-afirmação retirando-se da ação, passando a um estado de dependência. Ao invés de enfrentar a emergência, seu primeiro impulso é o de buscar ajuda, como faziam quando eram crianças. Esta retirada da ação pode ser denominada de “retirada vegetativa”. Um exemplo comum desse fenômeno é o de um homem que desenvolve diarreia quando diante de uma situação de perigo; ao invés de agir defrontando-se com a emergência, ele apresenta uma resposta vegetativa, pela qual era elogiado por sua mãe quando criança. O ato eliminatório vincula-se, no início da vida, às

emoções de posse, ao orgulho da realização e às tendências a dar e a reter (Alexander, 1950/1989).

Desenvolver a visão de Alexander sobre o quadro da diarreia tem interesse neste trabalho pelo fato de que um dos principais sintomas da SII é diarreia ou ainda a alternância da fase de diarreia com a de constipação. Podem acontecer de vinte a trinta evacuações em um dia, sem nenhuma evidência de alteração orgânica; também pode ocorrer evacuação diária de fezes líquidas com bastante frequência. Muitos pacientes citam transgressões dietéticas como precipitantes, mas outros notam conexão com a tensão emocional (Alexander, 1950/1989).

Estudos de Alexander com pacientes que sofriam de diarreia crônica revelaram um conflito típico centralizado nos seus fortes desejos receptivos exigentes (orais-agressivos). Estes pacientes tentariam compensar estes desejos pela atividade e o impulso de dar, substituindo a realização e a doação verdadeiras por ataques de diarreia. Eles queriam compensar todas as coisas que querem receber ou tirar dos outros (Alexander, 1950/1989).

Com relação à questão da constipação para Alexander (1950/1989), o elemento emocional na constipação psicogênica crônica poderia ser descrito como se segue: “Eu não posso esperar nada de ninguém e, portanto, eu não preciso dar nada. Preciso agarrar-me àquilo que tenho”. Essa atitude possessiva, que é o resultado do sentimento de rejeição e desconfiança, se manifesta organicamente na constipação. O excremento é retido, como se ele fosse uma propriedade preciosa. Outro achado psicológico, que está geralmente mais reprimido, é uma atitude depreciativa e agressiva para com os outros, o que, por sua vez, pode ser uma reação ao sentimento geral de ser rejeitado. Esta atitude é profundamente reprimida e inibida; a inibição compreende a função excretória que, na vida inconsciente, tem o significado de um ataque hostil e de sujar (Alexander, 1950/1989).

De modo geral, nota-se que Alexander, raciocina em termos de conflitos desencadeados por impulsos psíquicos, o que resulta na intensificação de funções fisiológicas associada a estes impulsos.

#### **4.3.2 Teoria de Donald Woods Winnicott**

Diferentemente de Alexander, Winnicott (1994), afirma que a enfermidade no transtorno psicossomático não é o estado clínico expresso em termos de patologia somática ou funcionamento patológico, mas sim a persistência de uma cisão na organização do ego do paciente, ou de dissociações múltiplas. A cisão é uma divisão que separa o cuidado da psique do cuidado do soma. É como se o sujeito psicossomático não percebesse que seus aspectos subjetivos, o seu “eu”, estivesse ligado com seu corpo.

Winnicott (1994) diz que, concedendo-se tempo e circunstâncias favoráveis, o paciente tenderia a recuperar-se da dissociação, que, como uma defesa organizada, mantém separado o conflito na psique da disfunção somática. As forças integradoras tenderiam a fazer o paciente abandonar a defesa, pois existe uma tendência que conduz o bebê e a criança no sentido de um corpo que funciona, no qual e a partir do qual se desenvolve uma personalidade que funciona, com defesas contra a ansiedade de todos os graus e espécies.

Este autor faz uma distinção entre o caso psicossomático verdadeiro e o problema clínico quase universal do envolvimento funcional nos processos emocionais e nos conflitos mentais, como ele mesmo denomina. Ele não chama de caso psicossomático uma paciente cuja dismenorreia está relacionada a componentes anais na organização genital, nem o homem que tem de urinar urgentemente em certas circunstâncias. Ele diz que isto é apenas a vida e faz parte do viver. Mas o paciente que alega que sua hérnia de disco é devida a uma corrente de ar poderia reivindicar ser chamado de psicossomático (Winnicott, 1994).

### 4.3.3 Teoria de Françoise Dolto

Uma possível questão relacionada a essa cisão psique-soma, descrita por Winnicott (1994), seria relativa à imagem corporal do sujeito. Haveria na imagem algum traço indicativo desta cisão?

Dolto (1984/2008) faz distinção entre imagem do corpo e esquema corporal, sendo este último o mediador organizado entre o sujeito e o mundo, o viver carnal do sujeito no contato com o mundo físico. O esquema corporal especifica o indivíduo enquanto representante da espécie, qualquer que seja a época e o lugar onde vive, sendo o mesmo para todos os indivíduos da espécie humana. Em contraste, a imagem corporal seria peculiar a cada um, ligada ao sujeito e à sua história, sendo memória inconsciente de todo o vivido relacional e também atual, na relação aqui e agora, podendo ser expressa por meio de desenhos e de diálogos estabelecidos em relação a estes desenhos.

O esquema corporal é em parte, inconsciente, mas também consciente, enquanto que a imagem corporal é somente inconsciente. Esta última pode ser considerada a encarnação simbólica inconsciente do sujeito desejante, sendo estruturada pela comunicação entre sujeitos, e o vestígio memorizado do gozar frustrado, reprimido ou proibido (Dolto 1984/2008).

A mãe pode contribuir para a estrutura de uma imagem corporal de seu filho sem prejuízo por intermédio da linguagem, permitindo que ele integre seus desejos. Como a imagem do corpo se estrutura na relação intersubjetiva, qualquer interrupção dessa relação pode ter efeitos dramáticos. Uma imagem corporal inconsciente poderá manter-se preservada, segundo a autora, mesmo em caso de enfermidade do esquema corporal, caso as relações afetivas permitam ao sujeito manter a expressão verbal de seus desejos, realizáveis ou não.

Disso decorreria também a possibilidade de imaginar ações que viabilizassem tais desejos (Dolto 1984/2008).

#### 4.3.4 Hipóteses para classificação da Síndrome do Intestino Irritável

Relacionando as teorias de Alexander e Winnicott com a SII, aventaram-se algumas hipóteses para situar esta última. A SII poderia ser considerada uma organoneurose nos termos de Alexander? Ou seria mais exato considerá-la um transtorno psicossomático descrito por Winnicott? Ou ainda a SII deveria ser tomada como manifestação somática que acompanha estados psíquicos não patológicos, categoria também definida por Winnicott?

Para buscar resposta a estas questões foram definidos indicadores para cada uma destas possibilidades, conforme o quadro abaixo:

| TEORIA   | CRITÉRIO                     | INDICADOR  |
|--|------------------------------|--|
| Organoneurose<br>(Alexander)   | Repressão de impulsos hostis | - Não reconhecimento da existência destes impulsos em si, inibição destes impulsos.  |
| Imagem Corporal Inconsciente<br>(Dolto)  |                              | - Imagem corporal inconsciente com dificuldades de expressão da ação.  |
| Transtorno Psicossomático<br>(Winnicott)   | Cisão do ego                 | - Não fazer relações entre sintoma somático e estados psíquicos, emocionais.   |
| Imagem Corporal Inconsciente<br>(Dolto)  |                              | - Imagem corporal inconsciente com dificuldades em relação à expressão dos desejos.  |
| Manifestação Somática que acompanha estados psíquicos não patológicos<br>(Winnicott) | Manifestação Somática        | - Faz relação entre episódios somáticos e vida emocional; a reação não é padronizada (não tem os mesmos sintomas para qualquer tipo de estresse) |
| Imagem Corporal Inconsciente<br>(Dolto)  |                              | - Imagem corporal inconsciente possivelmente preservada.   |

Quadro 1 – Critérios e Indicadores.

## **5 OBJETIVO**

Investigar se a síndrome do intestino irritável apresenta indicadores de uma organoneurose (Alexander), de um transtorno psicossomático (Winnicott), ou ainda de um caso de manifestação somática que acompanha estados psíquicos não patológicos (Winnicott).

## **6 METODOLOGIA**

Considerando os objetivos pretendidos, optou-se por uma metodologia qualitativa para esta investigação.

Utilizaram-se como instrumentos de investigação a entrevista semi-estruturada e a realização de um desenho de figura humana seguida de inquérito sobre o desenho. Os dois roteiros de entrevista utilizados (Apêndice 1) e o inquérito (Apêndice 2) foram elaborados de acordo com os objetivos da pesquisa e as teorias de referência adotadas.

As entrevistas só foram realizadas após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo e a autorização do médico chefe do Ambulatório de Doenças Intestinais do Hospital São Paulo, onde se realizou parte das entrevistas.

Os sujeitos entrevistados foram esclarecidos sobre os objetivos do trabalho e sobre o que seria pedido a eles. Cada um recebeu uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices 3 e 4) que foi lido e assinado antes das entrevistas. Os nomes dos participantes foram mantidos em sigilo.

As análises das entrevistas e os dados obtidos por meio dos desenhos foram cruzados para verificar a hipótese desse trabalho.

### **3.2 Participantes**

Foram constituídos dois grupos. Um grupo A, com dez sujeitos com a Síndrome do Intestino Irritável e um grupo B, para comparação, também com dez sujeitos, mas sem a SII e sem outros sintomas que pudessem ser confundidos com essa síndrome. Os sujeitos dos dois grupos foram de ambos os sexos, entre 22 e 69 anos. No grupo A, a maioria (oito entrevistados) foi do sexo feminino, pois como Passos (2006) afirma há predomínio da SII em

mulheres. Já no grupo B sete entrevistados foram do sexo masculino. Avaliou-se posteriormente que o número de mulheres do grupo B deveria ser aproximado ao de mulheres do grupo A, para melhor comparação. Mas não se sabe se, de fato, isso produziria uma diferença significativa nos resultados.

A princípio alguns critérios de inclusão e exclusão seriam considerados, como idade, escolaridade e tempo de diagnóstico, mas durante o período de realização das entrevistas foi preciso repensar sobre estes critérios, pois ficou muito restrito o número de pacientes diagnosticados com a SII.

A idade máxima seria 59 anos, para não incluir idosos, pois estes poderiam ter alguma co-morbidade que pudesse ser confundida com a SII. Quanto à escolaridade, os sujeitos entrevistados teriam que ter, pelo menos, o primeiro grau completo, para que pudéssemos descartar possíveis dificuldades quanto à capacidade do sujeito de se expressar, fazer relações mais complexas, falar de seus sentimentos. E quanto ao tempo de diagnóstico, seriam entrevistados pacientes diagnosticados há, pelo menos, seis meses.

Para que o número da amostra fosse atingido foi necessário incluir pacientes com mais de 59 anos e sem a exigência de escolaridade mínima e tempo mínimo de diagnóstico.

Quanto à questão do tempo de diagnóstico, foi conversado com o médico chefe do departamento e ele assegurou que mesmos os diagnósticos mais recentes, que não foram realizados exames para diagnóstico diferencial, estão corretos, pois a equipe médica está acostumada a realizar esse tipo de diagnóstico somente por observação clínica e queixa dos sintomas. Os pacientes entrevistados que não tinham seis meses de diagnóstico, pelo menos, já sentiam os sintomas há mais tempo e nenhum paciente tinha outra co-morbidade que pudesse ser confundida com a SII. Também foi assegurado que mesmo os pacientes com mais de 59 anos não apresentavam nenhuma co-morbidade que pudesse interferir ou ser confundida com a SII.



Quanto ao critério de grau de escolaridade foi necessário deixá-lo de lado, pelo menos até que se observasse que estava influenciando as respostas dos entrevistados e a compreensão por parte do entrevistador. Como, em nenhum caso, mesmo nos sujeitos com grau de escolaridade mais baixo, observou-se dificuldade para a expressão de sentimentos, esse critério foi definitivamente excluído. Desse modo, o grau de escolaridade variou dentro dos próprios grupos.

### **3.3 Entrevistas**

No grupo A foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, cujo roteiro investigou se os sujeitos faziam relação entre os períodos de intensificação dos sintomas e estados afetivos concomitantes e se houve sinais de repressão ou inibição de impulsos hostis de auto-afirmação. A entrevista foi baseada em um roteiro com algumas questões, mas o andamento da entrevista permitiu que o entrevistado pudesse falar mais livremente.

Boni e Quaresma (2005) apontam que a entrevista semi-estruturada colabora na investigação dos aspectos afetivos e valorativos dos entrevistados que determinam significados pessoais de suas atitudes e comportamentos. As respostas dos entrevistados e a maior liberdade que estes têm podem fazer surgir falas que poderão ter utilidade para a pesquisa.

No grupo B também foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, cujo intuito foi verificar se o entrevistado declarava algum sintoma que pudesse ser confundido com a SII e investigar como dizia agir diante de uma situação que lhe causasse raiva, com o objetivo de analisar se havia indícios de repressão ou inibição de impulsos hostis.

#### **3.2.1 Local onde foram realizadas as entrevistas**

As entrevistas do grupo A foram realizadas com pacientes do Hospital São Paulo, algumas no Ambulatório de Doenças Intestinais e outras nas residências destes pacientes; as do grupo B foram realizadas nas residências dos sujeitos. As entrevistas realizadas no Ambulatório não foram marcadas, aconteceram durante a espera de uma consulta médica de paciente diagnosticado com a SII; já as entrevistas realizadas nas residências, tanto de um grupo quanto de outro, foram agendadas.

### **5.2.2 Análise das entrevistas**

Os registros de ambos os grupos foram feitos por meio de uma escuta psicanalítica, sem gravação ou anotação, pois gravar a entrevista poderia ter deixado o entrevistado inibido, mesmo se ele tivesse consentido com a gravação, e anotações por parte do entrevistador poderiam prejudicar a escuta, pela preocupação em anotar o que o paciente estaria falando e deixar de prestar atenção em movimentos, hesitações, atos falhos, chistes, expressões faciais do entrevistado. Foram considerados esses aspectos descritos anteriormente, quando observados. Após cada entrevista era realizada a transcrição do que o entrevistado falou, conforme a lembrança do entrevistador.

### **5.3 Realização do Desenho**

Além da entrevista, foi solicitado aos participantes dos dois grupos a realização de um desenho de uma figura humana, seguida de um inquérito, uma vez que a imagem corporal inconsciente não se acessa somente com o desenho, mas também por meio de uma fala estabelecida em relação a ele (Dolto, 2008). Este instrumento tem o pressuposto de que o

personagem desenhado diz respeito à própria pessoa, mesmo quando ela atribui ao desenho alguma outra identidade. E ao responder o inquérito sobre o desenho acaba falando de si mesma, expressando seus conteúdos inconscientes.

### **3.3.1 Análise dos desenhos**

Os desenhos foram analisados de modo a observar indicadores que apontassem para as particularidades da imagem corporal do sujeito, procurando observar se essa imagem inconsciente estaria possivelmente preservada ou com dificuldades em relação à expressão dos desejos ou ainda com dificuldades de expressão da ação.




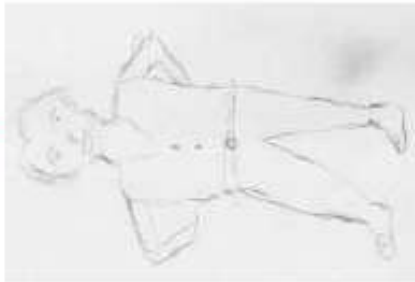
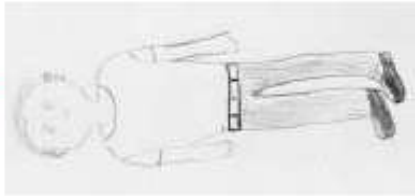


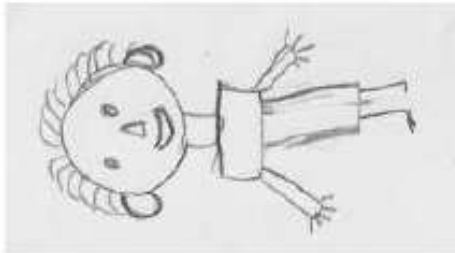

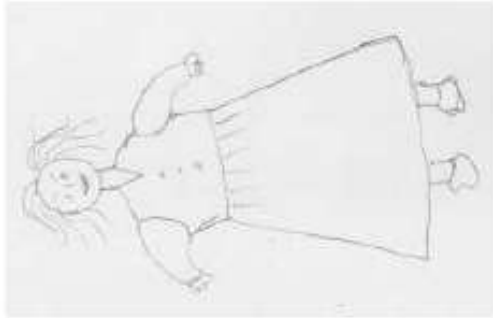
Foram observados nos desenhos principalmente a expressão ou não expressão de agressividade e o eventual destaque da área do corpo correspondente ao trato digestivo. Também foram analisadas as características, desejos e ações do personagem criado. Vale ressaltar que, como se trata de análises baseadas em interpretações, são possíveis interpretações diferentes das realizadas nesse trabalho. Para minimizar esta relativização, os desenhos foram apresentados a um grupo de estudantes e seu orientador, sem que soubessem a que grupo pertencia o sujeito que havia desenhado, que então relatavam suas observações sobre o desenho, de modo a se verificar se conseguiam apontar aspectos dos desenhos indicativos da SII. As análises apresentadas levam em conta, portanto, estas contribuições.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Grupo A

| ITENS / SUJEITOS                                    | Sujeito 1  | Sujeito 2 | Sujeito 3               | Sujeito 4 | Sujeito 5 | Sujeito 6 | Sujeito 7 | Sujeito 8                  | Sujeito 9                  | Sujeito 10                   |
|---|--|-----------|-------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|
| 1-Reconhecimento de agressividade                   | Sim  | Sim       | Sim                     | Sim       | Sim       | Sim       | Sim       | Não                        | Sim                        | Sim                          |
| 2-Manifestação da agressividade                     | Sim  | Não       | Não                     | Sim       | Não       | Sim       | Sim       | Não                        | Sim                        | Não                          |
| 3-Como está a agressividade no desenho              | Presente   | Ausente   | Presente                | Ausente   | Ausente   | Ausente   | Ausente   | Presente                   | Presente                   | Presente                     |
| 4-Onde se observou a agressividade no desenho       | Dedos das mãos pontiagudos e expressão do rosto ameaçadora |           | Mãos em forma de garfos |           |           |           |           | Dedos das mãos pontiagudos | Ombros e braços retalhados | Expressão facial que assusta |
| 5-Apresentação simbólica do canal digestivo         | Sim  | Não       | Não                     | Sim       | Não       | Não       | Não       | Sim                        | Sim                        | Sim                          |
| 6-Destaque da área do sintoma                       | Não  | Não       | Sim                     | Não       | Sim       | Não       | Não       | Não                        | Não                        | Não                          |
| 7-Expressão dos desejos                             | Sim  | Sim       | Sim                     | Sim       | Sim       | Sim       | Sim       | Sim                        | Sim                        | Sim                          |
| 8-Expressão da Ação                                 | Sim  | Sim       | Sim                     | Sim       | Sim       | Sim       | Sim       | Sim                        | Sim                        | Sim                          |
| 9-Faz relação entre sintoma físico e vida emocional | Sim  | Sim       | Sim                     | Sim       | Sim       | Sim       | Sim       | Sim                        | Sim                        | Sim                          |

Tabela 1 – Resultados do Grupo A.

|           |  |           |  |           |  |           |  |            |  |
|-----------|--|-----------|--|-----------|--|-----------|--|------------|--|
| Sujeito 1 |   | Sujeito 2 |   | Sujeito 3 |    | Sujeito 4 |   | Sujeito 5  |   |
| Sujeito 6 |  | Sujeito 7 |  | Sujeito 8 |  | Sujeito 9 |  | Sujeito 10 |  |

Quadro 2 – Desenhos do Grupo A.

Os itens 1 e 2 da Tabela 1 foram analisados de acordo com a resposta da questão: “Como você age diante de uma situação que lhe cause raiva?”, contida no roteiro da entrevista.

Quanto ao item 1 “reconhecimento da agressividade”, a grande maioria mostrou reconhecer a agressividade; dentre os 10 sujeitos, somente um não a reconheceu em si mesmo, ou seja, 90% dos entrevistados reconheceram impulsos agressivos próprios.

Quanto ao item 2 “manifestação da agressividade”, metade dos entrevistados mostrou manifestar a agressividade, alguns mais “diretamente” outros mais “indiretamente”. A outra metade disse não manifestar a agressividade. Segue apresentação dos conteúdos mais relevantes nas respostas dos sujeitos:

Sujeito 1 – Quando fica com raiva “explode”, fala tudo o que quer, mas, às vezes, fica quieto somente por birra, para afetar ainda mais a outra pessoa.

Sujeito 2 - Guarda a raiva para si, não “explode”, costuma “engolir muita raiva”.

Sujeito 3 – Faz três anos que está mais calmo, se as pessoas falam algo que não gosta, diz “amém” e tenta não ficar com raiva e nem guardar mágoa.

Sujeito 4 - Não fica remoendo e guardando a raiva para si, fala o que tem que falar.

Sujeito 5 – Quando fica com raiva tem ataque de choro ou de riso, não é de “explodir”, prefere ficar quieto.

Sujeito 6 – Quando fica com muita raiva fala tudo o que quer para a pessoa que o irritou.

Sujeito 7 – Diz que é difícil sentir raiva, mas quando está com a razão conversa com a pessoa que o irritou, caso não resolva deixa quieto e acaba guardando a raiva para si.

Sujeito 8 – Diz que é muito difícil sentir raiva, é muito sossegado, não gosta de brigas, prefere ficar “na dele”.

Sujeito 9 - Quando sente raiva “explode”, não fica guardando a raiva para si, mas também fica ressentido com a pessoa que o irritou.

Sujeito 10 – Quando sente raiva chora, costuma chorar muito fácil. Não consegue reagir falando, guarda para si.

Os itens 3, 4, 5 e 6 foram analisados de acordo com o desenho gráfico. Os aspectos levados em consideração foram grafismo, expressão e partes do corpo representadas. Os desenhos estão agrupados no quadro 2.

O item 3 “como está a agressividade no desenho” foi classificado com “presente” ou “ausente”, indicando a presença de algum aspecto que tenha sido interpretado como remetendo, de alguma forma, à agressividade. O resultado encontrado foi que metade dos desenhos teve algum aspecto que foi interpretado como remetendo à agressividade.

O item 4 “onde se observou a agressividade no desenho” é para mostrar onde e qual aspecto do desenho foi interpretado como sendo relativo à agressividade.

Sujeito 1 – A agressividade foi interpretada devido às mãos em formato de “bolas” com os dedos pontiagudos que lembram “garras”, e a expressão facial que parece um pouco ameaçadora, que pode assustar, com a boca um tanto torta e os olhos grandes. Aparenta uma “velha assustadora” vestida de criança.

Sujeito 2 - A agressividade não foi observada, o desenho é bem pequeno, palito e sem expressão facial, sem representação de rosto.

Sujeito 3 - A agressividade foi identificada nas mãos em formato de rastelo ou garfos, com dedos que podem espetar e machucar.

Sujeito 4 – A agressividade não foi observada, suas mãos estão para trás e sua expressão facial é amigável.

Sujeito 5 – A agressividade não foi observada, a expressão facial parece inofensiva.

Sujeito 6 – A agressividade não foi observada, os braços estão bem abertos, receptivos, tem rosto de menina boazinha, mãos não muito funcionais, em formato de bola.

Sujeito 7 – A agressividade não foi observada, as mãos não são muito funcionais, o rosto é amigável e também um tanto sedutor, por conta dos olhos, boca e cabelo.

Sujeito 8 – Apesar do corpo não ser muito funcional, com tronco retangular e pés bem pequenos para sustentar o corpo todo, a agressividade foi interpretada devido aos dedos pontiagudos das mãos, que lembram garras e espetos.

Sujeito 9 – Apesar do desenho não ter tronco, a agressividade foi interpretada como estando dirigida a si própria devido aos ombros e começo dos braços que parecem estar bem retalhados, em “trapos”.

Sujeito 10 – Apesar de seus braços não serem muito funcionais, por serem bem curtos, e os pés também não serem funcionais, a agressividade foi interpretada devido à expressão facial que parece um pouco “malvada”, que pode assustar e causar medo.

Uma questão interessante de se pensar é com relação às partes do corpo onde os aspectos agressivos foram observados: a grande maioria foi em mãos (dedos pontiagudos, mãos em forma de rastelo) e expressão facial (ameaçadora e assustadora). Será isso por que a mão é uma das partes do corpo que mais remete à ação, assim como a expressão facial diz muito de como a pessoa é ou está se sentindo ou pensando?

O item 5 “apresentação simbólica do canal digestivo” mostrou que metade dos entrevistados representou simbolicamente o canal digestivo no desenho conforme descrição a seguir.

O item 6 “destaque da área do sintoma” mostrou que a grande maioria, oito entrevistados (80%), não destacou a área do sintoma, embora dois o tenham feito por meio do aumento da pressão do lápis sobre o papel nesta região.



Sujeito 1 – Representou simbolicamente o canal digestivo por meio dos botões da camisa que começam logo depois do final do pescoço e vão diminuindo de tamanho, como se fossem o alimento que vai descendo e sendo digerido.

Sujeito 2 – Não representou nem o canal digestivo e nem destacou a área do sintoma.

Sujeito 3 – Destacou a área do sintoma (região intestinal) por meio de um cinto com forte pressão do traçado.

Sujeito 4 - Representou simbolicamente o canal digestivo por meio dos botões da camisa que começam depois de uma abertura da gola da camisa, como se essa abertura fosse para o alimento passar, chegando até a região intestinal e formando o bolo fecal (fivela do cinto).

Sujeito 5 - Destacou a área do sintoma (região intestinal) por meio de um cinto com forte pressão do traçado.

Sujeito 6 - Não representou nem o canal digestivo e nem destacou a área do sintoma.

Sujeito 7 - Não representou nem o canal digestivo e nem destacou a área do sintoma.

Sujeito 8 - Representou simbolicamente o canal digestivo por meio do corpo em forma de tubo: o pescoço é um tubo mais estreito e o tronco um tubo mais largo, como se fosse o tubo digestivo.

Sujeito 9 - Representou simbolicamente o canal digestivo por meio do pescoço em forma de tubo, bem grande (o tamanho se destaca), que é como se servisse para “desembocar” o alimento da boca para o estômago.

Sujeito 10 - Representou simbolicamente o canal digestivo por meio dos botões da camisa que começam depois da gola da camisa (como se fossem os alimentos) e na região intestinal se “dissolvem”, como se estivessem sendo digeridos (representados por vários riscos).

Os itens 7 e 8 foram analisados de acordo com as informações obtidas por meio do inquérito sobre o desenho.

O item 7 “expressão dos desejos” mostrou que todos os entrevistados não apresentaram dificuldade com relação à expressão dos desejos.

Sujeito 1 – Desejo do personagem: ser engenheira, casar e ter filhos.

Sujeito 2 – Desejo do personagem: melhoria na escola e na saúde pública.

Sujeito 3 - Desejo do personagem: ser “alguém na vida”, ser “gente”, fazer faculdade, crescer na vida e poder sustentar sua família.

Sujeito 4 - Desejo do personagem: evoluir na vida, alcançar seus objetivos e sonhos.

Sujeito 5 - Desejo do personagem: emagrecer e comprar sua casa própria.

Sujeito 6 - Desejo do personagem: fazer faculdade, trabalhar para se manter, ser independente financeiramente e ter saúde.

Sujeito 7 - Desejo do personagem: se formar, conseguir um bom emprego, estabilidade financeira, comprar uma casa e um carro.

Sujeito 8 - Desejo do personagem: ser professora.

Sujeito 9 - Desejo do personagem: sair mais de casa, passear, viajar, conversar mais com as pessoas e aceitar o mundo como ele é.

Sujeito 10 - Desejo do personagem: ter saúde, pois isso é tudo para se viver bem.

O item 8 “expressão da ação” mostrou que todos os entrevistados não apresentaram dificuldade com relação à expressão da ação.

Sujeito 1 - Ação do personagem: interpretar, fazer imitações para os outros rirem, não como trabalho, somente em família.

Sujeito 2 - Ação do personagem: brincar e desenhar.

Sujeito 3 - Ação do personagem: cuidar de pessoas idosas.

Sujeito 4 - Ação do personagem: acordar cedo e ir trabalhar em sua loja de roupas, gosta de atender seus clientes.

Sujeito 5 - Ação do personagem: jogar futebol.

Sujeito 6 - Ação do personagem: fazer coisas que o deixam bem e feliz, como ir ao parque, andar de bicicleta, coisas de menina, coisas simples.

Sujeito 7 - Ação do personagem: tocar bateria.

Sujeito 8 - Ação do personagem: maquiar-se, usa muito batom.

Sujeito 9 - Ação do personagem: observar as pessoas.

Sujeito 10 - Ação do personagem: ajudar as pessoas.

O item 9 “faz relação entre sintoma físico e vida emocional” foi analisado de acordo com a entrevista, não só por meio da resposta da questão “Por que você acha que tem esses sintomas?”, mas por meio de toda a conversa que se estabeleceu com o entrevistado. Este item mostrou que todos os sujeitos fazem algum tipo de relação entre sintoma físico e vida emocional, embora três não tenham feito relação direta entre os sintomas da SII e seus afetos. Mas, mesmo neste caso, acabaram, em algum momento, fazendo relação com outro sintoma físico.

Sujeito 1 – Percebeu que os sintomas intestinais pioraram quando sua mãe teve um AVC e ficou em sua casa para ser cuidada, também diz que os sintomas pioram quando passa por muito estresse.

Sujeito 2 – Associa seus sintomas intestinais com a ansiedade por estar desempregado.

Sujeito 3 – Relaciona seus sintomas intestinais com perdas (mortes de pessoas queridas) que teve durante a vida. Diz que seus sintomas têm muito a ver com o emocional, nervosismo e irritação.

Sujeito 4 – Relaciona a piora dos problemas intestinais com uma época em que estava com o emocional “abalado”.

Sujeito 5 – Não relaciona o sintoma intestinal com a vida emocional, mas relaciona a hipertensão com o nervosismo e estresse que passa no trabalho.

Sujeito 6 – Relaciona seus sintomas intestinais com o emocional, com estresse, e diz que mente e corpo estão juntos.

Sujeito 7 – Relaciona seus sintomas intestinais com estresse e pressão que sofreu no trabalho.

Sujeito 8 - Não relaciona o sintoma intestinal com a vida emocional, mas relaciona dores de cabeça com o nervosismo.

Sujeito 9 – Relaciona seus problemas intestinais com nervosismo e preocupação, cita que já ouviu palestras dizendo que o emocional influencia no organismo. Inclusive relaciona outro problema físico com o emocional.

Sujeito 10 - Não relaciona o sintoma intestinal com a vida emocional, mas diz que para ter saúde precisamos estar bem mentalmente. Disse que mente e corpo estão juntos.

Alguns itens da tabela foram cruzados e observaram-se alguns resultados. Dentre os cinco sujeitos que mostraram manifestar a agressividade (item 2), três (60%) não tiveram seus desenhos com algum aspecto que remetesse à agressividade (item 3). E dentre os cinco sujeitos que não mostraram manifestar a agressividade, três (60%) tiveram seus desenhos com algum aspecto que remetesse à agressividade.

Com relação a esses dados pode-se considerar que a maioria que não manifestou a agressividade verbalmente, manifestou por meio do desenho e a maioria que manifestou verbalmente não manifestou por meio do desenho. Dos dez sujeitos somente dois manifestaram a agressividade tanto verbalmente quando no desenho e outros dois não manifestaram a agressividade nem verbalmente e nem por meio do desenho. O único sujeito (sujeito 8) que não reconheceu a agressividade (item 1), também não disse manifestá-la, mas ela foi reconhecida no desenho.

Cruzados os dados dos itens 5 e 6, o resultado é que somente três sujeitos nem representaram simbolicamente o canal digestivo por meio do desenho e nem destacaram a área do sintoma. Em contraste, sete sujeitos (70%) ou representaram o canal digestivo ou destacaram a área do sintoma. Destes sete, cinco representaram simbolicamente o canal digestivo e os outros dois destacaram a área do sintoma.

Todos os sujeitos não tiveram dificuldades com relação à expressão dos desejos e nem da ação; mesmo os cinco sujeitos que não manifestaram a agressividade verbalmente não tiveram dificuldades em expressar a ação. Os dois sujeitos que não manifestaram a agressividade verbalmente e nem por meio do desenho também não apresentaram dificuldades em expressar a ação. Assim também o sujeito 8 que nem reconheceu e nem manifestou a agressividade verbalmente, somente por meio do desenho, não teve dificuldades com relação à expressão da ação.

Cruzando os itens 5 e 6 com o 9, pode-se observar que mesmo os três sujeitos que não representaram simbolicamente o canal digestivo no desenho e nem destacaram a área do sintoma fazem relação entre sintoma físico e vida emocional.

Levando em consideração as teorias utilizadas neste trabalho, Alexander, Winnicott e Dolto e o quadro 1 proposto de acordo com essas teorias pode-se discutir alguns desses resultados obtidos.

Para se considerar a SII uma organoneurose deve-se pensar à luz da teoria de Alexander (1950/1989), segundo a qual os distúrbios emocionais das funções vegetativas podem ser divididos em duas categorias principais. Para essa discussão será necessário somente a primeira categoria, a qual diz respeito à preparação para a luta, ou para a fuga, na emergência. Os distúrbios pertencentes a essa categoria resultam da inibição ou repressão dos impulsos hostis de auto-afirmação. Devido ao fato dos impulsos estarem reprimidos ou

inibidos, o comportamento correspondente (luta ou fuga) nunca se realiza. Dessa forma, o organismo fica, fisiologicamente, num estado constante de prontidão.

Observando-se os resultados pode-se concluir que, na grande maioria (90%), a repressão de impulsos hostis não está maciçamente presente, pois os sujeitos reconhecem em si a existência desses impulsos. Por outro lado, metade dos sujeitos declara não manifestar diretamente a agressividade, o que coincidiria com a descrição de Alexander.

Quando se fala em repressão ou inibição desses impulsos hostis poder-se-ia pensar em uma imagem corporal inconsciente com dificuldades de expressão da ação, pois para que o sujeito manifeste qualquer ação necessita de um mínimo de impulso agressivo para realizá-la, mas os resultados não demonstraram dificuldades de expressão da ação.

Alguns desenhos levaram a pensar na possibilidade de que a expressão da ação pudesse encontrar alguma dificuldade, devido a algumas partes do corpo não estarem representadas, ou por terem sido representadas de um modo não muito funcional, ou ainda por não terem sido observados nos desenhos nenhum aspecto que remetesse à agressividade. Mas, quando analisado o inquérito sobre o desenho, pode-se observar que nenhum sujeito teve dificuldade em expressar verbalmente a ação.

Segundo Dolto (1984/2008), uma imagem corporal inconsciente poderá manter-se preservada mesmo em caso de enfermidade do esquema corporal, caso as relações afetivas permitam ao sujeito manter a expressão verbal de seus desejos, realizáveis ou não. Disso decorreria também a possibilidade de imaginar ações que viabilizassem tais desejos. A partir desta ideia e dos resultados observados pode-se considerar a possibilidade destes sujeitos estarem com a imagem corporal inconsciente supostamente preservada, uma vez que não apresentaram dificuldades em relação à expressão dos desejos e das ações (itens 7 e 8). Deve-se ressaltar que o fato de não haver dificuldades em relação à expressão de desejos e ações é

apenas um indicativo, dentre outros, de que a imagem corporal inconsciente pode estar preservada.

Uma hipótese a ser pensada é que esses sujeitos que não manifestaram a agressividade talvez tivessem dificuldade em expressar algum desejo e/ou ação se os impulsos hostis estivessem maciçamente reprimidos, sem consciência por parte do sujeito, e isso não acontece na grande maioria, como já foi dito. Esta hipótese não pôde ser confirmada neste trabalho, pois somente um sujeito aparenta estar nesta condição, e este sujeito também não mostrou dificuldade em expressar verbalmente a ação e os desejos.

Estes resultados apresentados não mostraram uma correspondência completa entre a SII e as organoneuroses, nos termos de Alexander, na medida em que não se verificou a repressão de impulsos agressivos, ainda que tenha sido observado a inibição destes impulsos em parte dos sujeitos.

A teoria de Dolto (1984/2008) pode ajudar a compreender mais alguns resultados encontrados. Dentre aqueles sujeitos que não manifestaram a agressividade verbalmente, 60% deles manifestaram-na por meio do desenho. Segundo a autora, a imagem corporal inconsciente pode ser considerada a encarnação simbólica inconsciente do sujeito desejante, sendo estruturada pela comunicação entre sujeitos, e o vestígio memorizado do gozar frustrado, reprimido ou proibido.

Ainda com a luz da teoria de Dolto (1984/2008), pode-se compreender melhor os resultados obtidos com o cruzamento dos itens 5 e 6, em que somente três sujeitos não apresentaram simbolicamente o canal digestivo por meio do desenho e nem destacaram a área do sintoma. Em contraste, sete sujeitos (70%) ou representaram o canal digestivo ou destacaram a área do sintoma. Pensando que o sujeito, por meio do desenho, pode expressar conteúdos conscientes e inconscientes, não é de se estranhar que se encontrou um número tão

expressivo de sujeitos que representaram ou destacaram áreas corporais que remetem a um de seus problemas de saúde.

Este trabalho propôs uma possível questão relacionada à cisão psique-soma e imagem corporal. Haveria na imagem algum traço indicativo desta cisão?

Winnicott (1994), afirma que a enfermidade no transtorno psicossomático não é o estado clínico expresso em termos de patologia somática ou funcionamento patológico, mas sim a persistência de uma cisão na organização do ego do paciente, ou de dissociações múltiplas. A cisão é uma divisão que separa o cuidado da psique do cuidado do soma. É como se o sujeito psicossomático não percebesse que seus aspectos subjetivos, o seu “eu”, estivessem ligados com seu corpo.

De acordo com essa teoria de Winnicott (1994) também se exclui a possibilidade da SII ser considerada um transtorno psicossomático, pois não se observou essa cisão em nenhum dos sujeitos durante a entrevista e nem em aspectos do desenho. Todos os sujeitos apresentaram alguma fala, no decorrer da entrevista, que mostrasse a relação entre sintomas físicos e a vida emocional. Mesmo aqueles sujeitos que não relacionaram diretamente seu problema intestinal com questões emocionais/psíquicas, como já explicitado acima, em algum momento mostraram relação entre outro sintoma físico e vida emocional, ou ainda disseram que mente e corpo estão juntos, que para o corpo estar bem, a mente também precisa, o que não caracteriza uma cisão como Winnicott descreve.

Ainda segundo Winnicott (1994) existe um problema clínico quase universal do envolvimento funcional nos processos emocionais e nos conflitos mentais. O autor diz que isto é apenas a vida e faz parte do viver. A isto chamamos de manifestação somática que acompanha estados psíquicos.

Os resultados e suas análises apontam para esta possível caracterização da SII, pois os resultados coincidem com os indicadores propostos no quadro 1, com exceção do indicador


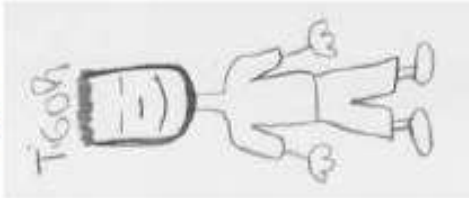
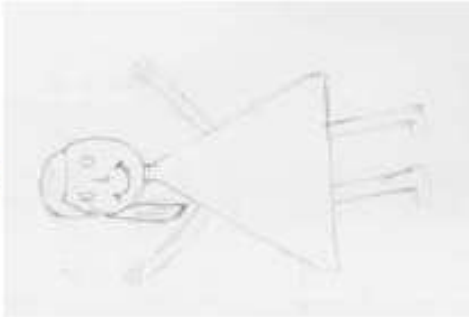

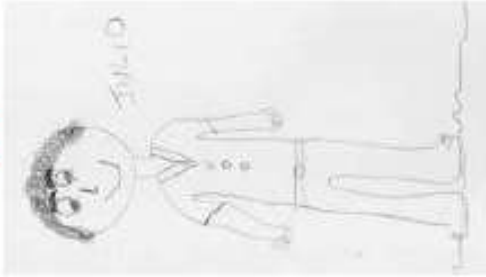

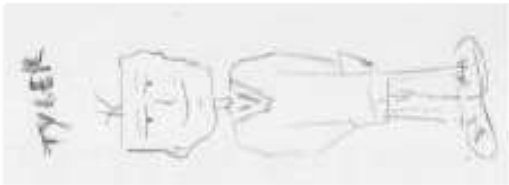
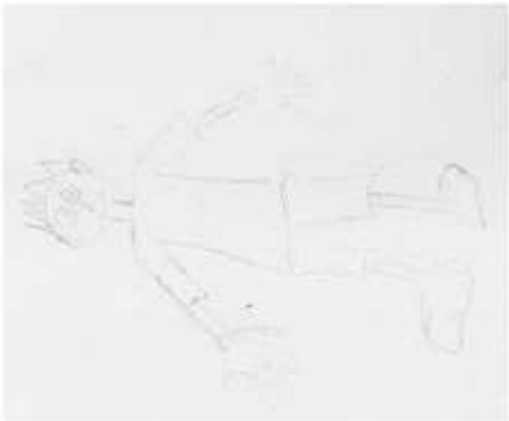




que diz respeito à reação não ser padronizada, ou seja, o sujeito não apresentar os mesmos sintomas para qualquer tipo de estresse. Este indicador não chegou a ser investigado na entrevista, na medida em que exigiria maior aprofundamento do contato, e talvez mais encontros. Por outro lado, todos os sujeitos deste grupo fizeram algum tipo de relação entre sintoma físico e vida emocional e não apresentaram dificuldades em relação à expressão de desejos e ações como já descrito anteriormente, o que nos leva a considerar a imagem corporal inconsciente de seus participantes como possivelmente preservada.

## 4.2 Grupo B

| ITENS / SUJEITOS                            | Sujeito 1 | Sujeito 2 | Sujeito 3 | Sujeito 4 | Sujeito 5 | Sujeito 6 | Sujeito 7 | Sujeito 8          | Sujeito 9    | Sujeito 10 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------------|--------------|------------|
| 1-Reconhecimento de agressividade           | Sim       | Sim       | Sim       | Sim       | Sim       | Sim       | Sim       | Sim                | Sim          | Sim        |
| 2-Manifestação da agressividade             | Sim       | Sim       | Sim       | Sim       | Sim       | Sim       | Sim       | Sim                | Sim          | Não        |
| 3-Como está a agressividade no desenho      | Ausente   | Ausente   | Ausente   | Ausente   | Ausente   | Ausente   | Ausente   | Presente           | Presente     | Ausente    |
| 4-Onde está a agressividade no desenho      |           |           |           |           |           |           |           | Mãos e pés grandes | Mão esquerda |            |
| 5-Apresentação simbólica do canal digestivo | Não       | Não       | Não       | Não       | Sim       | Não       | Não       | Não                | Não          | Não        |
| 6-Destaque da área do sintoma               | Não       | Não       | Não       | Não       | Não       | Não       | Não       | Não                | Não          | Não        |
| 7-Expressão dos desejos                     | Sim       | Sim       | Sim       | Sim       | Sim       | Sim       | Sim       | Sim                | Sim          | Sim        |
| 8-Expressão da Ação                         | Sim       | Sim       | Sim       | Sim       | Sim       | Sim       | Sim       | Sim                | Sim          | Sim        |

Tabela 2 – Resultados do Grupo B.

|           |  |           |  |           |  |           |  |            |  |
|-----------|--|-----------|--|-----------|--|-----------|--|------------|--|
| Sujeito 1 |   | Sujeito 2 |   | Sujeito 3 |   | Sujeito 4 |   | Sujeito 5  |   |
| Sujeito 6 |  | Sujeito 7 |  | Sujeito 8 |  | Sujeito 9 |  | Sujeito 10 |  |

Quadro 3 – Desenhos do Grupo B.

Os itens 1 e 2 da tabela 2 foram analisados de acordo com a resposta da questão: “Como você age diante de uma situação que lhe cause raiva”, contida no roteiro da entrevista.

Quanto ao item 1 “reconhecimento da agressividade”, todos os entrevistados mostraram reconhecer a agressividade.

Quanto ao item 2 “manifestação da agressividade”, a grande maioria (90%) dos entrevistados mostrou manifestar a agressividade, alguns mais “diretamente” outros mais “indiretamente”. Somente um entrevistado não mostrou manifestar a agressividade. Segue apresentação dos conteúdos mais relevantes nas respostas dos sujeitos:

Sujeito 1 – É “explosivo”, tenta se controlar, mas não consegue, acaba falando tudo o que quer.

Sujeito 2 – Primeiro pensa antes de conversar com a pessoa que o irritou, se está com a razão chega a discutir, mas se a pessoa não entende, desiste e releva com o tempo.

Sujeito 3 – Depende da situação, quando é possível fala tudo o que quer.

Sujeito 4 – Conversa com a pessoa que a irritou, se a pessoa for “boazinha”, fica tudo bem, se não, “dá o troco” e faz a mesma coisa que a pessoa fez com ela.

Sujeito 5 – É “explosivo” e “nervoso”, fala tudo o que quer.

Sujeito 6 – Se acha que está com a razão, tenta conversar com a pessoa que o irritou, se não consegue conversar acaba tendo que “engolir”, procura analisar suas atitudes e tirar proveito da situação.

Sujeito 7 – Quando está com a razão conversa com a pessoa, caso não consiga conversar guarda a raiva para si.

Sujeito 8 – Primeiro procura se acalmar para depois resolver com a pessoa que o irritou.

Sujeito 9 – Primeiro fica pensativo e depois conversa com a pessoa que o irritou para tentar resolver a situação.

Sujeito 10 – Diz ser muito difícil sentir raiva, é uma pessoa muito “zen”, caso sinta tenta “sublimar”, não fala nada e nem guarda para si, esquece.

Os itens 3, 4, 5 e 6 foram analisados de acordo com o desenho gráfico. Os aspectos levados em consideração foram grafismo, expressão e partes do corpo representadas. Os desenhos estão agrupados no quadro 3.

O item 3 “como está a agressividade no desenho” foi classificado com “presente” ou “ausente”, indicando se há algum aspecto que foi interpretado como remetente, de alguma forma, à agressividade. O resultado encontrado foi que a grande maioria (80%) dos desenhos não teve nenhum aspecto que foi interpretado como remetente à agressividade.

O item 4 “onde se observou a agressividade no desenho” é para mostrar onde e qual aspecto do desenho foi interpretado como sendo remetente à agressividade.

Sujeito 1 – Nenhum aspecto referente à agressividade foi observado: expressão facial amigável, mãos para trás e pés de bailarina.

Sujeito 2 - Nenhum aspecto referente à agressividade foi observado: expressão facial amigável, mão “fofas”, que parecem de algodão.

Sujeito 3 - Nenhum aspecto referente à agressividade foi observado: expressão facial boazinha e amigável, braços abertos, receptivos.

Sujeito 4 - Nenhum aspecto referente à agressividade foi observado: expressão facial amigável e mãos para trás.

Sujeito 5 - Nenhum aspecto referente à agressividade foi observado: expressão facial amigável e bondosa.

Sujeito 6 - Nenhum aspecto referente à agressividade foi observado. Apesar da expressão facial não ser tão amigável, os ombros encolhidos parecem mostrar certo retraimento e as mãos não são funcionais, pois parecem estar “presas” em luvas usadas para forno.

Sujeito 7 - Nenhum aspecto referente à agressividade foi observado: mãos para trás e expressão facial inofensiva.

Sujeito 8 – Apesar da expressão facial inofensiva e ingênua, e o grafismo bem fraco, a agressividade foi observada nas mãos e pés grandes, principalmente a mão direita, que parece que serve para bater bem forte, e o pé direito, também para chutar forte.

Sujeito 9 - Apesar da expressão facial inofensiva, a agressividade foi observada na mão esquerda, pois está maior que a direita e bem rabiscada, com a pressão do traçado mais forte.

Sujeito 10 – A agressividade não foi observada. Apesar do tronco e dos braços serem fortes, musculosos, as pernas são delicadas, a cintura é bem fina e a expressão facial parece um pouco assustada, além das mãos não estarem bem representadas. As partes do corpo nas quais os aspectos agressivos foram observados, apesar de terem sido observados somente em dois desenhos, foram nas mãos.

O item 5 “apresentação simbólica do canal digestivo” mostrou que a maioria, 9 entrevistados (90%) não representou simbolicamente o canal digestivo no desenho.

O item 6 “destaque da área do sintoma” mostrou que todos os entrevistados não destacaram a área do sintoma.

O único sujeito que representou simbolicamente o canal digestivo no desenho foi o sujeito 5 que desenhou os botões da camiseta (que poderia representar o alimento descendo) e a fivela do cinto (que poderia evocar o bolo fecal).

Com relação a esses resultados não é de se estranhar que a grande maioria (90%) dos entrevistados não tenha representado simbolicamente o canal digestivo e nem destacado a área do sintoma, uma vez que esses sujeitos não apresentam nenhum sintoma relacionado à área digestiva/intestinal.

Os itens 7 e 8 foram analisados de acordo com as informações obtidas por meio do inquérito sobre o desenho.

O item 7 “expressão dos desejos” mostrou que todos os entrevistados não apresentaram dificuldade com relação à expressão dos desejos.

Sujeito 1 – Desejo do personagem: constituir uma família diferente da de origem, com pai, mãe e filhos.

Sujeito 2 – Desejo do personagem: voar, ser doutor e chegar ao máximo de uma carreira.

Sujeito 3 - Desejo do personagem: curar-se do câncer.

Sujeito 4 - Desejo do personagem: se realizar profissionalmente, ser bom médico e ter prazer no que faz.

Sujeito 5 - Desejo do personagem: morar fora do Brasil.

Sujeito 6 - Desejo do personagem: conciliar família e trabalho.

Sujeito 7 - Desejo do personagem: ser feliz.

Sujeito 8 - Desejo do personagem: ser rico e dar “boa vida” para sua família.

Sujeito 9 - Desejo do personagem: ter um carro da moda.

Sujeito 10 - Desejo do personagem: visitar a Croácia.

O item 8 “expressão da ação” mostrou que todos os entrevistados não apresentaram dificuldade com relação à expressão da ação.

Sujeito 1 - Ação do personagem: sair com o namorado.

Sujeito 2 - Ação do personagem: sair com amigos

Sujeito 3 - Ação do personagem: ficar com a família e ir à academia.

Sujeito 4 - Ação do personagem: sair com amigos e com família.

Sujeito 5 - Ação do personagem: jogar futebol.

Sujeito 6 - Ação do personagem: correr.

Sujeito 7 - Ação do personagem: interagir com os outros para vê-los bem, felizes e à vontade.

Sujeito 8 - Ação do personagem: ajudar as pessoas

Sujeito 9 - Ação do personagem: ficar na frente do computador e sair para beber com amigos.

Sujeito 10 - Ação do personagem: cozinhar.

Alguns itens da tabela foram cruzados e observaram-se alguns resultados. Dentre os nove sujeitos que mostraram manifestar a agressividade (item 2), sete (aproximadamente 78%) não tiveram seus desenhos com algum aspecto que remetesse à agressividade (item 3).

Com relação a esses dados pode-se considerar que a maioria que manifestou a agressividade verbalmente, não manifestou por meio do desenho. Dos dez sujeitos somente dois manifestaram a agressividade tanto verbalmente quando no desenho e o único sujeito que não manifestou a agressividade verbalmente, também não teve nenhum aspecto em seu desenho interpretado como agressivo.

Os locais onde se observou a agressividade nos desenhos foram nas mãos (grandes) e pés (grandes).

Em todos os entrevistados não houve indícios de repressão significativa da agressividade; em nove entrevistados também não houve inibição/repressão da manifestação dela: somente um sujeito não a manifestou.

Todos os sujeitos não tiveram dificuldades com relação à expressão dos desejos e nem da ação, mesmo o sujeito que não manifestou a agressividade nem verbalmente e nem por meio do desenho não apresentou dificuldades com relação à expressão dos desejos e da ação, isto, talvez por não estarem reprimidos os impulsos agressivos neste sujeito; ele tem consciência de que existem, o que ele inibe é a manifestação deles. Portanto pode-se



considerar a possibilidade de todos os sujeitos deste grupo estarem com a imagem corporal inconsciente preservada.

### **4.3 Comparação dos Grupos A e B**

De acordo com os resultados observados, tanto no grupo A, quanto no grupo B, a grande maioria dos entrevistados reconheceu a agressividade. Somente um sujeito do grupo A não reconheceu a agressividade. Com exceção deste sujeito, pode-se concluir que não há repressão maciça dos impulsos hostis em nenhum dos grupos.

Quanto à manifestação da agressividade, no grupo A 50% dos entrevistados a manifestaram verbalmente, já no grupo B 90% manifestaram. Esse resultado faz pensar que os sujeitos com a síndrome do intestino irritável tendem mais a inibir a manifestação de impulsos hostis do que os sujeitos sem a síndrome.

Em contrapartida, dentre os cinco sujeitos do grupo A que manifestaram agressividade verbalmente, quatro manifestaram bem “diretamente”, referindo-se a serem “explosivos”, “falarem tudo o que querem”. Já dentre os nove sujeitos do grupo B que manifestaram verbalmente a agressividade, somente três manifestaram bem “diretamente”, os outros seis demonstraram mais “indiretamente”, referindo-se, geralmente, “primeiro eu penso para depois conversar com a pessoa que me irritou”.

Pode-se levantar uma hipótese de que, talvez, os sujeitos do grupo A não consigam elaborar tão bem as excitações sentidas e, conseqüentemente não consigam agir de modo mais “elaborado” como os sujeitos do grupo B. Esse termo “elaborado” está sendo usado para designar uma atitude mais mediada pelo pensamento, diferentemente das que são mais impulsivas. No grupo B, a maioria dos que manifestaram a agressividade (aproximadamente 67%) demonstraram uma reação mais elaborada, no sentido de que, antes de tomarem alguma

atitude preferem pensar, como já referido acima. No grupo A, a grande maioria dos que manifestam a agressividade (80%) demonstraram uma reação menos elaborada, no sentido de que “explodem” e falam tudo o que quer, sem pensar antes.

Outro fator de destaque é que no grupo A teve mais desenhos com aspectos que remetessem à agressividade do que no grupo B. No grupo A, cinco sujeitos manifestaram a agressividade por meio dos desenhos, enquanto que no grupo B somente dois sujeitos manifestaram por meio dos desenhos. Além disso, os aspectos observados nos desenhos dos sujeitos do grupo A podem ser considerados mais agressivos do que os aspectos observados no grupo B, apesar de serem observados, na maioria das vezes, em mãos, nos dois grupos. As “mãos agressivas” do grupo B são mãos grandes, que se destacam pelo tamanho, como se servissem para bater bem fortemente, e as mãos do grupo da SII são mãos em forma de garra, de rastelo, que espetam e machucam, além das expressões faciais ameaçadoras e assustadoras.

O que pôde ser observado nos dois grupos é que a maioria que manifestou a agressividade verbalmente não a manifestou nos desenhos, e os que a manifestaram nos desenhos não a manifestaram verbalmente.

Estes resultados apresentados levam a pensar em hipóteses de que mesmo os sujeitos que não manifestaram a agressividade verbalmente puderam manifestá-la por meio do desenho. Segundo Dolto (1984/2008) a imagem corporal inconsciente, expressa por meio de desenhos e de diálogos estabelecidos em relação a estes desenhos, pode ser considerada a encarnação simbólica inconsciente do sujeito e o vestígio memorizado do gozar frustrado, reprimido ou proibido. Como em alguns sujeitos a manifestação dos impulsos agressivos está reprimida/inibida, ela pôde aparecer nos desenhos. Nos sujeitos que manifestaram a agressividade verbalmente a sua manifestação gráfica teria sido desnecessária.

As partes do corpo nas quais os aspectos agressivos mais foram observados, nos dois grupos, foram nas mãos.

Nos dois grupos todos os sujeitos não mostraram ter dificuldades em relação à expressão de desejos e de ação. Esses resultados foram observados de acordo com o inquérito estabelecido com relação ao desenho, quanto com o próprio desenho, como já explicado anteriormente. Portanto, pode-se considerar que a imagem corporal inconsciente estaria possivelmente preservada em todos os sujeitos dos dois grupos.

Um resultado interessante foi que 70% dos sujeitos do grupo A ou representaram simbolicamente o canal digestivo ou destacaram a área do sintoma, em contraste com somente um sujeito do grupo B que representou simbolicamente o canal digestivo. Esse resultado sugere que a maioria dos sujeitos com problemas intestinais expressou este fato nos desenhos, provavelmente por fazer parte da constituição de sua imagem corporal, ao contrário dos sujeitos do grupo B que não apresentam nenhum problema relacionado à área digestiva/intestinal.

Comparados os desejos e ações citados nos dois grupos não foram observadas diferenças significativas entre os grupos. Os desejos, tanto em um grupo quanto no outro, estavam mais relacionados às questões de estabilidade financeira, profissional e familiar e saúde. Já as ações variaram dentro dos próprios grupos, mas não foram observadas diferenças entre os grupos. No grupo B apareceu bastante “sair com amigos”, talvez, pelo fato dos sujeitos que responderam isso pertencerem à faixa etária mais jovem, entre 20 e 30 anos.

Resumidamente, o que mais parece ter diferenciado os dois grupos foi a questão da representação simbólica do canal digestivo ou o destaque da área do sintoma nos desenhos e a questão da manifestação da agressividade, seja verbalmente, seja por meio dos desenhos. Os outros aspectos analisados mostraram resultados semelhantes nos dois grupos.

## 6 CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo investigar se a síndrome do intestino irritável (SII) apresentaria indicadores de uma organoneurose (Alexander), de um transtorno psicossomático (Winnicott), ou de um caso de manifestação somática que acompanha estados psíquicos não patológicos (Winnicott).

A hipótese examinada foi que a síndrome do intestino irritável poderia ser considerada um caso de manifestação somática que acompanha estados psíquicos (Winnicott). Os resultados parecem ter apoiado essa hipótese.

Foi preterida a possibilidade da SII ser classificada como organoneurose, pois os resultados não corresponderam completamente ao critério e aos indicadores propostos com base na teoria de Alexander (quadro 1). O critério para ser classificada como organoneurose é repressão de impulsos hostis, o que não foi constatado, uma vez que 90% dos entrevistados reconhecem esses impulsos em si. Por outro lado, metade dos sujeitos declara não manifestar diretamente a agressividade, o que coincidiria com a descrição de Alexander.

Entretanto, o indicador relacionado à imagem corporal inconsciente também não foi constatado, pois os sujeitos não apresentaram dificuldades com relação à expressão dos desejos e da ação, sugerindo que a maioria dos critérios para a constituição de uma organoneurose não teria sido contemplada no caso da SII.

Também foi criticada a possibilidade da SII ser classificada como um transtorno psicossomático, pois os resultados não corresponderam ao critério e aos indicadores propostos com base na teoria de Winnicott (quadro 1). O critério para ser classificada como um transtorno psicossomático é a cisão do ego, o que não foi constatado, uma vez que os entrevistados fizeram relação entre sintomas físicos e estados psíquicos/emocionais. O

indicador relacionado à imagem corporal inconsciente também não foi constatado, pois os sujeitos não mostraram dificuldades em relação à expressão dos desejos.

A possibilidade da SII ser considerada como manifestação somática que acompanha estados psíquicos foi apoiada, pois os resultados corresponderam ao critério e aos indicadores propostos com base na teoria de Winnicott (quadro 1).

Os dois indicadores foram contemplados com os resultados, os sujeitos entrevistados fizeram algum tipo de relação entre sintomas físicos e estados psíquicos/emocionais. Além disso, apresentaram imagem corporal inconsciente supostamente preservada, pois nenhum deles teve alguma dificuldade com relação à expressão de desejos e da ação, lembrando que esta condição é apenas um indicativo de que a imagem corporal inconsciente pode estar preservada.

O grupo B não apresentou nenhum resultado que pudesse invalidar ou questionar os resultados encontrados no grupo A. A maioria das variáveis analisadas mostrou resultados semelhantes nos dois grupos. O que chamou a atenção pela diferença foi com relação à manifestação da agressividade, no grupo B os sujeitos conseguem manifestar mais a agressividade verbalmente e de uma maneira mais elaborada do que aqueles do grupo A. Esta questão que surgiu pode levar a outros estudos que tenham como objetivo investigar essa diferença.

Apesar de não ser parte do objetivo desta pesquisa, levantaram-se questões relacionadas ao tratamento de pacientes com a SII. Como à SII não foi associada nenhuma patologia psíquica e nem, propriamente um caso de somatização, na medida em que não decorreria de uma cisão do psique-soma, pensou-se em um tratamento psicoterápico em que oferecesse um suporte para o paciente poder lidar melhor com seus afetos, na medida em que houve indícios de um manejo impulsivo destas excitações.

O tratamento psicoterápico ajudaria o paciente a elaborar melhor suas excitações, e principalmente tornar conscientes as relações entre seus estados psíquicos e os sintomas físicos concomitantes, de modo a, por meio do próprio sintoma, o paciente vir a compreender melhor seu funcionamento psíquico e suas questões emocionais. Isso levaria, provavelmente, a uma diminuição da frequência dos sintomas ou então, pelo menos, o paciente poderia ter maiores chances de lidar melhor com a situação de forma a não mais interferir maciçamente em sua vida.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDER, F. *Medicina Psicossomática: seus princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- BOMBANA, J. A. Sintomas inexplicados clinicamente: um campo impreciso entre a psiquiatria e a clínica médica. *J. bras. psiquiatr.* vol.55, n.4, p. 308 -312. Rio de Janeiro: 2006.
- BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista eletrônica de Pós Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, v. 2, n. 1, p.68-80, jan./jul. 2005.
- DOLTO, F. *A Imagem Inconsciente do Corpo*. São Paulo: Perspectiva, 2008.
- DROSSMAN, D. A. Presidential address: Gastrointestinal illness and the biopsychosocial model. *Psychosomatic Medicine*, vol. 60, p.258–267, 1998.
- LACKNER, J. M. et al. Psychological Treatments for Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 72, n. 6, p. 1100–1113, 2004.
- FILHO, J. P. P. M; DAMIÃO, A. O. M. C. *Diagnóstico e tratamento da Síndrome do Intestino Irritável*. Psiquiatria na Prática Médica. Centro de Estudos - Departamento de Psiquiatria - UNIFESP/EPM. Disponível em: [http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu2\\_06.htm](http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu2_06.htm) Acessado em 03 de março de 2011.
- PASSOS, M. C. F. Síndrome do intestino irritável – Ênfase ao tratamento. *J. bras. gastroenterol.*, vol.6, n.1, p.12-18. Rio de Janeiro: jan./mar. 2006.
- SPANIER, J. A. et al. A systematic review of alternative therapies in the irritable bowel syndrome. *Archives of Internal Medicine*, vol.163, p. 265–274, 2003.
- WINNICOTT, D. W.. Transtorno psicossomático. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (orgs.). *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

## **APÊNDICE 1**

### **Roteiro da entrevista para o grupo A:**

- Por que você buscou ajuda médica? Buscou mais algum tipo de ajuda?
- Você poderia contar quando começou a sentir os sintomas da SII? Como foi?
- Por que você acha que tem esses sintomas?
- Como você age diante de uma situação que lhe cause raiva?

### **Roteiro da entrevista para o grupo B:**

- Você tem algum problema que seja caracterizado por sintomas gastrointestinais? Qual?
- Como você age diante de uma situação que lhe cause raiva?



## **APÊNDICE 2**

### **Roteiro do inquérito sobre o desenho para os dois grupos:**

- Suponha que esta pessoa do seu desenho seja um personagem, que nome você daria a ela?

Conte um pouco de sua história.

- Quais seriam os desejos desse personagem?

- Descreva uma ação desse personagem.

## **APÊNDICE 3**

### **MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

#### **(para sujeitos do grupo A)**

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Síndrome do Intestino Irritável: manifestação somática que acompanha estados psíquicos? ”, que tem como objetivo investigar se a síndrome do intestino irritável deveria ser considerada como manifestação somática que acompanha estados psíquicos não patológicos, ou como um transtorno psicossomático.

Para o seu desenvolvimento serão realizados os seguintes procedimentos: uma entrevista com duração aproximada de 15 minutos e depois a realização de um desenho de uma figura humana, seguido de algumas questões sobre ele. A atividade será realizada em apenas uma sessão, com duração média de 35 (trinta e cinco) minutos.

Sua participação é voluntária e você não é obrigado(a) a participar deste estudo, tendo o direito de retirar seu consentimento da pesquisa a qualquer momento, sem que isto lhe cause qualquer prejuízo. Você poderá fazer qualquer pergunta de esclarecimento acerca do estudo e da sua participação nele e, se tiver alguma dúvida, a mesma será esclarecida no decorrer do trabalho.

Seu anonimato será preservado e nem seu nome ou qualquer outro dado que o (a) identifique será revelado, nem mesmo na fase de conclusão e divulgação deste estudo. Todos os dados do estudo serão guardados em local seguro. Este estudo não oferece risco, uma vez que trata-se de um estudo observacional, sendo o desconforto esperado mínimo, podendo o participante não responder a questão em relação à qual não se sentir a vontade.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Prof. Dr. Sidnei José Casetto que pode ser encontrado no endereço: Av. Alm. Saldanha da Gama, 89 Ponta da Praia - Santos/SP - CEP: 11030-400 Tel: (13) 3261-3324 / (13) 8113-0576. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: [cepunifesp@epm.br](mailto:cepunifesp@epm.br).

Acrescentamos que, após a conclusão da pesquisa, comprometemo-nos a divulgar os resultados, assim como apresentá-los em seminários, congressos e eventos afins e reafirmamos que o seu anonimato será preservado e nem seu nome ou qualquer outro dado que o identifique será revelado.

Informamos que não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo a pesquisa “Síndrome do Intestino Irritável: manifestação somática que acompanha estados psíquicos?” Eu discuti com o Prof. Dr. Sidnei José Casetto sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades e prejuízo.

Assinatura do participante

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## **APÊNDICE 4**

### **MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

#### **(para sujeitos do grupo B)**

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Síndrome do Intestino Irritável: manifestação somática que acompanha estados psíquicos? ”, que tem como objetivo investigar se a síndrome do intestino irritável deveria ser considerada como manifestação somática que acompanha estados psíquicos não patológicos.

Para o seu desenvolvimento serão realizados os seguintes procedimentos: uma entrevista com duração aproximada de 10 minutos e depois a realização de um desenho de uma figura humana, seguido de algumas questões sobre ele. A atividade será realizada em apenas uma sessão, com duração média de 30 (trinta) minutos.

Sua participação é voluntária e você não é obrigado(a) a participar deste estudo, tendo o direito de retirar seu consentimento da pesquisa a qualquer momento, sem que isto lhe cause qualquer prejuízo. Você poderá fazer qualquer pergunta de esclarecimento acerca do estudo e da sua participação nele e, se tiver alguma dúvida, a mesma será esclarecida no decorrer do trabalho.

Seu anonimato será preservado e nem seu nome ou qualquer outro dado que o (a) identifique será revelado, nem mesmo na fase de conclusão e divulgação deste estudo. Todos os dados do estudo serão guardados em local seguro. Este estudo não oferece risco, uma vez que trata-se de um estudo observacional, sendo que o desconforto esperado é mínimo, podendo o participante não responder a qualquer questão em relação à qual não se sentir a vontade.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Prof. Dr. Sidnei José Casetto que pode ser encontrado no endereço: Av. Alm. Saldanha da Gama, 89 Ponta da Praia - Santos/SP - CEP: 11030-400 Tel: (13) 3261-3324 / (13) 8113-0576. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: [cepunifesp@epm.br](mailto:cepunifesp@epm.br).

Acrescentamos que, após a conclusão da pesquisa, comprometemo-nos a divulgar os resultados, assim como apresentá-los em seminários, congressos e eventos afins e reafirmamos que o seu anonimato será preservado e nem seu nome ou qualquer outro dado que o identifique será revelado.

Informamos que não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo a pesquisa “Síndrome do Intestino Irritável: manifestação somática que acompanha estados psíquicos?” Eu discuti com o Prof. Dr. Sidnei José Casetto sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades e prejuízo.

Assinatura do participante

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## APÊNDICE 5

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/ Hospital São Paulo

### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** Síndrome do Intestino Irritável: manifestação somática que acompanha estados psíquicos?

**Pesquisador:** Sidnei José Casetto

**Versão:** 1

**Instituição:** Universidade Federal de São Paulo -  
UNIFESP/EPM

**CAAE:** 01142612.0.0000.5505

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 8328

**Data da Relatoria:** 23/03/2012

#### Apresentação do Projeto:

A síndrome do intestino irritável (SII) é um distúrbio funcional do trato digestivo para o qual não se demonstrou, até o momento, qualquer alteração metabólica, bioquímica ou estrutural da(s) víscera(s) envolvida(s), manifestando-se pela acentuação, inibição ou modificação da função intestinal (ibid.). O quadro da SII apresenta comumente incapacitação desproporcional aos achados do exame físico, inexistência de anormalidades laboratoriais e aparente associação com fatores psicossociais e/ou estresse. Essa síndrome tende a ser refratária aos tratamentos médicos comuns e às medidas paliativas habituais. Quanto à abordagem terapêutica, a maioria dos estudos corrobora o tratamento psicológico na redução do estresse, ansiedade e depressão e, em muitos casos, alívio da dor e do desconforto abdominal associado à SII, o que pode levar à questão se a SII poderia ser considerada um transtorno psicossomático.

Este estudo serão constituídos dois grupos. Um grupo A, com dez sujeitos com a Síndrome do Intestino Irritável com, no mínimo um período de seis meses depois do diagnóstico e um grupo B, controle, também com dez sujeitos, mas sem a SII e sem outros problemas que apresentem algum tipo de sintoma que possa ser confundido com essa síndrome. No grupo A, serão realizadas entrevistas semi-estruturadas, cujo roteiro investigue se os sujeitos fazem relação entre os períodos de intensificação dos sintomas e estados afetivos concomitantes e se há sinais de repressão ou inibição de impulsos hostis de auto-afirmação. A entrevista será baseada em um roteiro com algumas questões, mas o andamento da entrevista permitirá que o entrevistado possa falar mais livremente. No grupo B serão realizadas entrevistas semi-estruturadas, cujo intuito é verificar se o entrevistado declara algum sintoma que possa ser confundido com a SII e investigar como age diante de uma situação que lhe cause raiva, com o objetivo de analisar se há repressão ou inibição de impulsos hostis. O registro de ambos os grupos será feito por meio de uma escuta psicanalítica, sem gravação ou anotação. Será solicitada aos participantes dos dois grupos a realização de um desenho de um corpo humano, seguida de um inquérito. Os desenhos serão analisados de modo a observar indicadores que apontem para as particularidades da imagem corporal do sujeito, procurando observar se essa imagem inconsciente está preservada ou se está com dificuldades em relação à expressão dos desejos ou ainda com dificuldades de expressão da ação. Os sujeitos dos dois grupos serão de ambos os sexos, entre 18 e 59 anos, incluindo-se 10 indivíduos em cada grupo.

#### Objetivo da Pesquisa:

Investigar se a síndrome do intestino irritável apresenta indicadores de uma organoneurose (Alexander), de um transtorno psicossomático (Winnicott), ou ainda de um caso de manifestação somática que acompanha estados psíquicos não patológicos (Winnicott).

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Inclusão no grupo A: sujeitos de 18 a 59 anos, de ambos os sexos, diagnosticados com a SII há pelo menos seis meses. - Inclusão no grupo B: sujeitos de 18 a 59 anos, de ambos os sexos, não diagnosticados com a SII. Não há riscos associados ao procedimento, apenas um desconforto mínimo relacionado à entrevista. Caso se constate alguma necessidade de acompanhamento psíquico, será feito o encaminhamento a um serviço adequado.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo observacional, envolvendo entrevistas com grupo de pacientes e grupo controle. Espera-se incluir 20 indivíduos no estudo. Não haverá financiamento externo, com custo declarado de R\$ 680,00.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto encontra-se adequada. Apresenta TCLE para o grupo de pacientes e outro para o grupo controle, encontrando-se adequado, contemplando a resolução 196/96

**Recomendações:**

Nada consta.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto se mostra adequado, não consta pendências de ordem ética.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O colegiado acatou o parecer do relator. Projeto aprovado.

SAO PAULO, 23 de Março de 2012

---

Assinado por:

José Osmar Medina Pestana

## **APÊNDICE 6**

Desenhos escaneados de cada sujeito. Primeiro estão apresentados os desenhos do Grupo A e depois os do Grupo B, cada um em uma página.

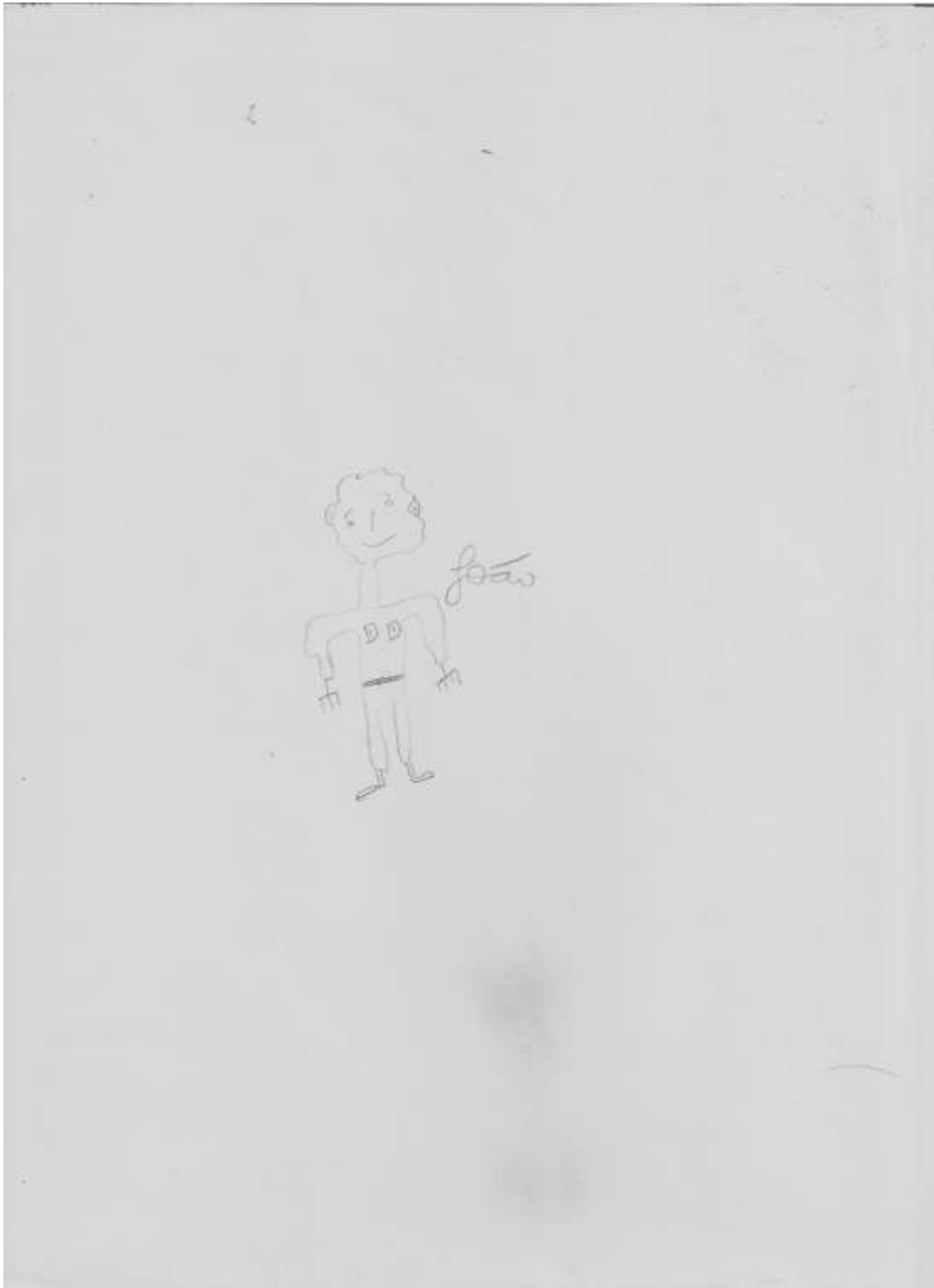




Sujeito 1



Sujeito 2



Sujeito 3



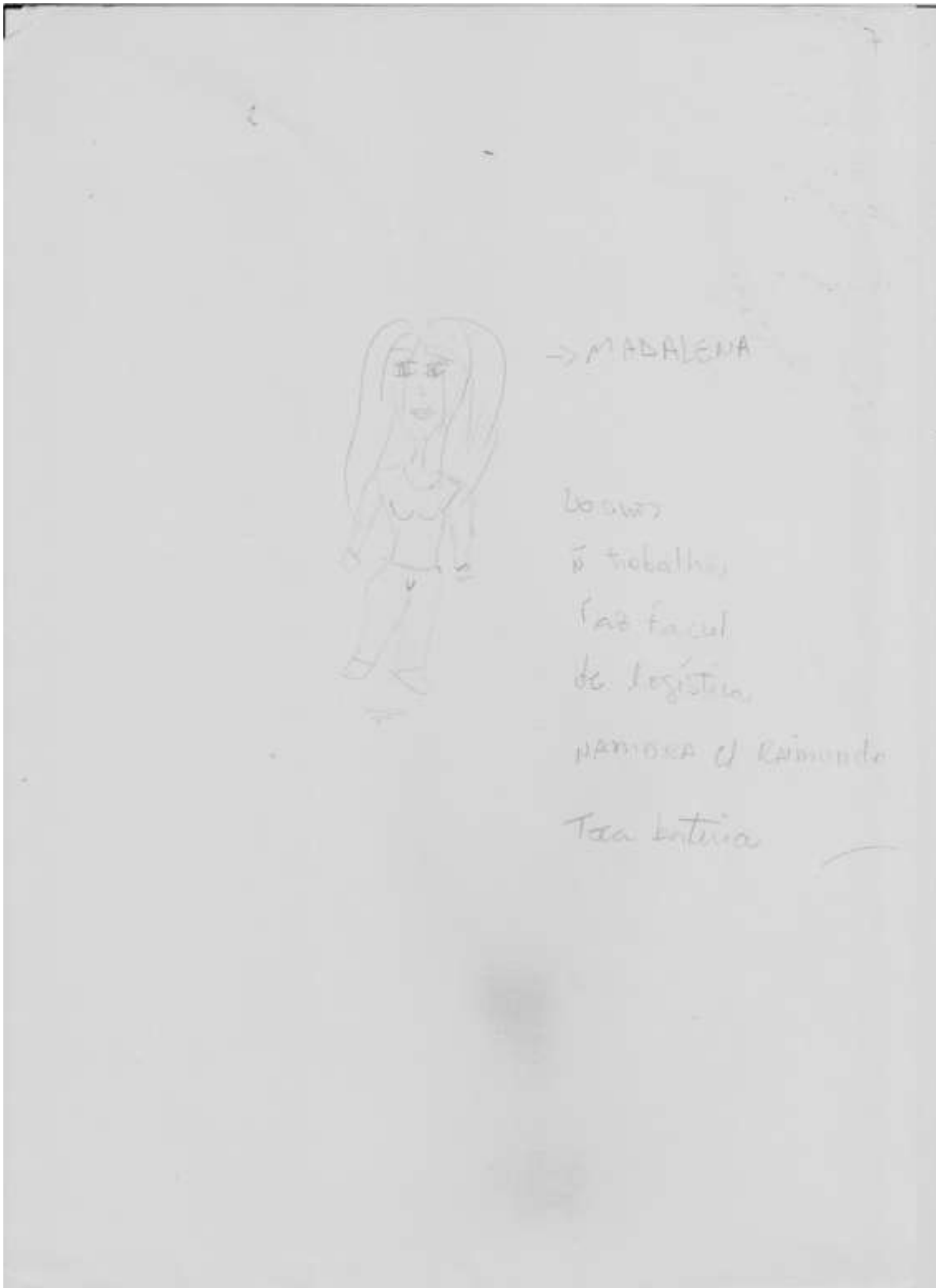
Sujeito 4



Sujeito 5



Sujeito 6

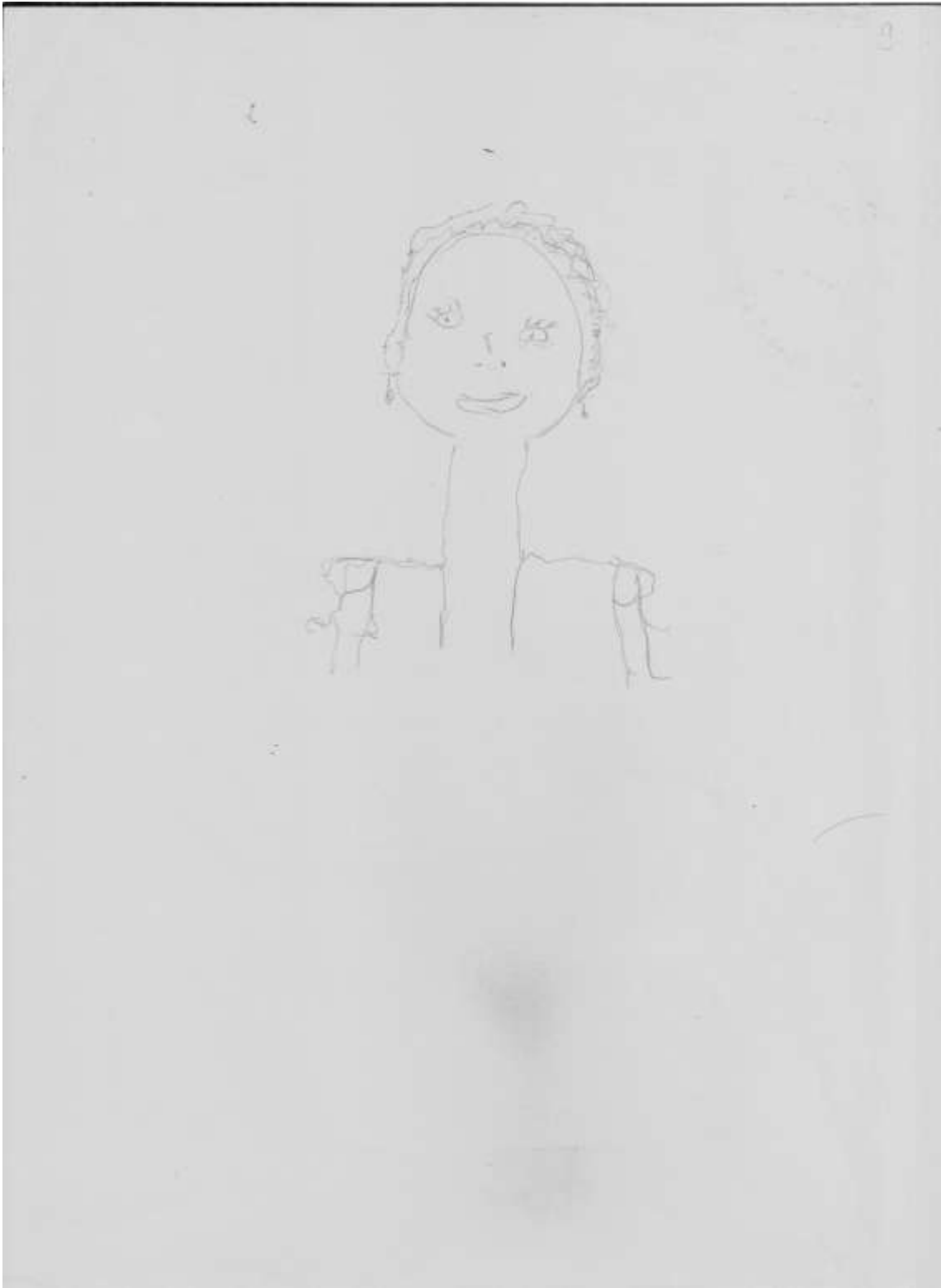


Sujeito 7



Sujeito 8





Sujeito 9



Sujeito 10



Sujeito 1



Sujeito 2



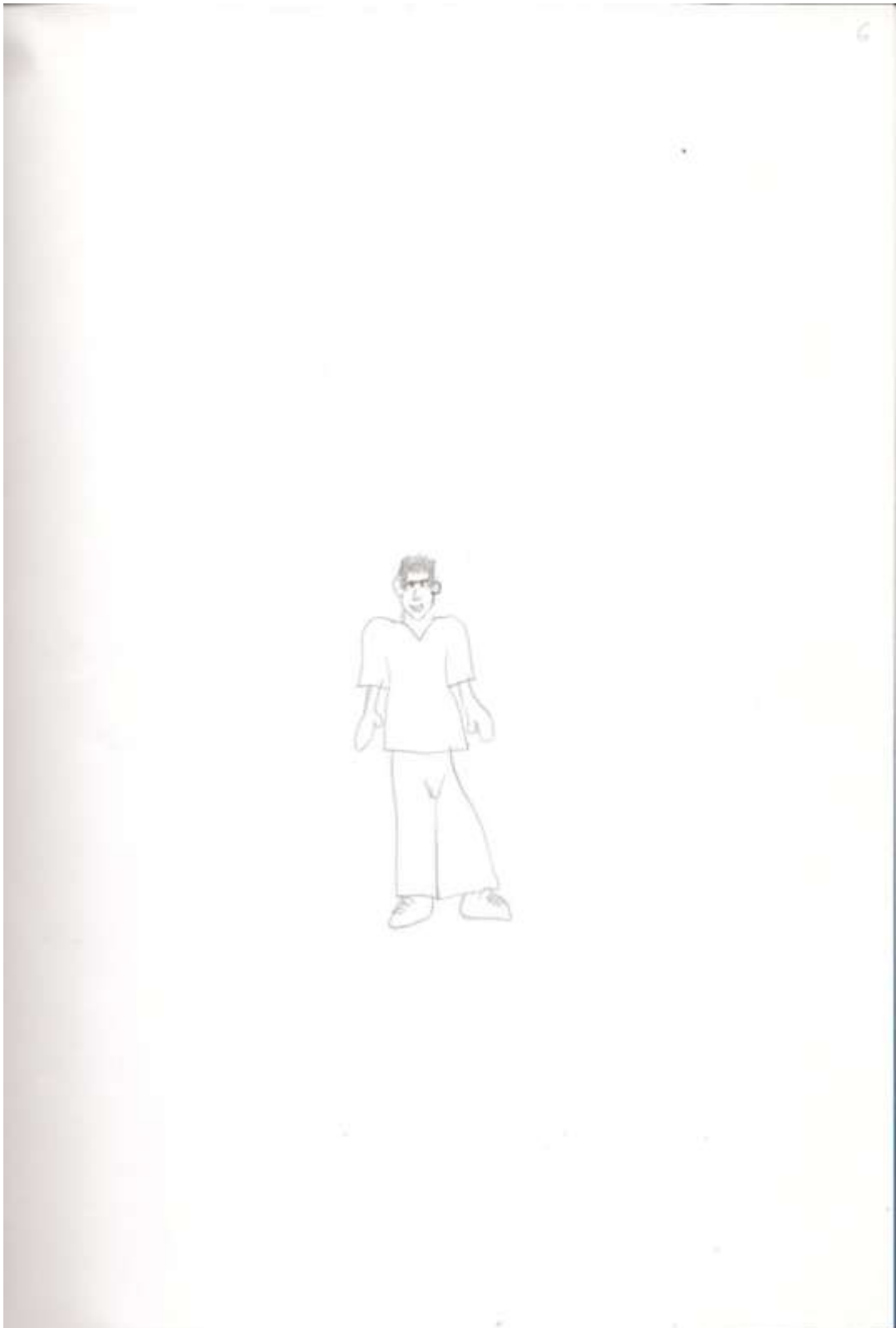
Sujeito 3



Sujeito 4

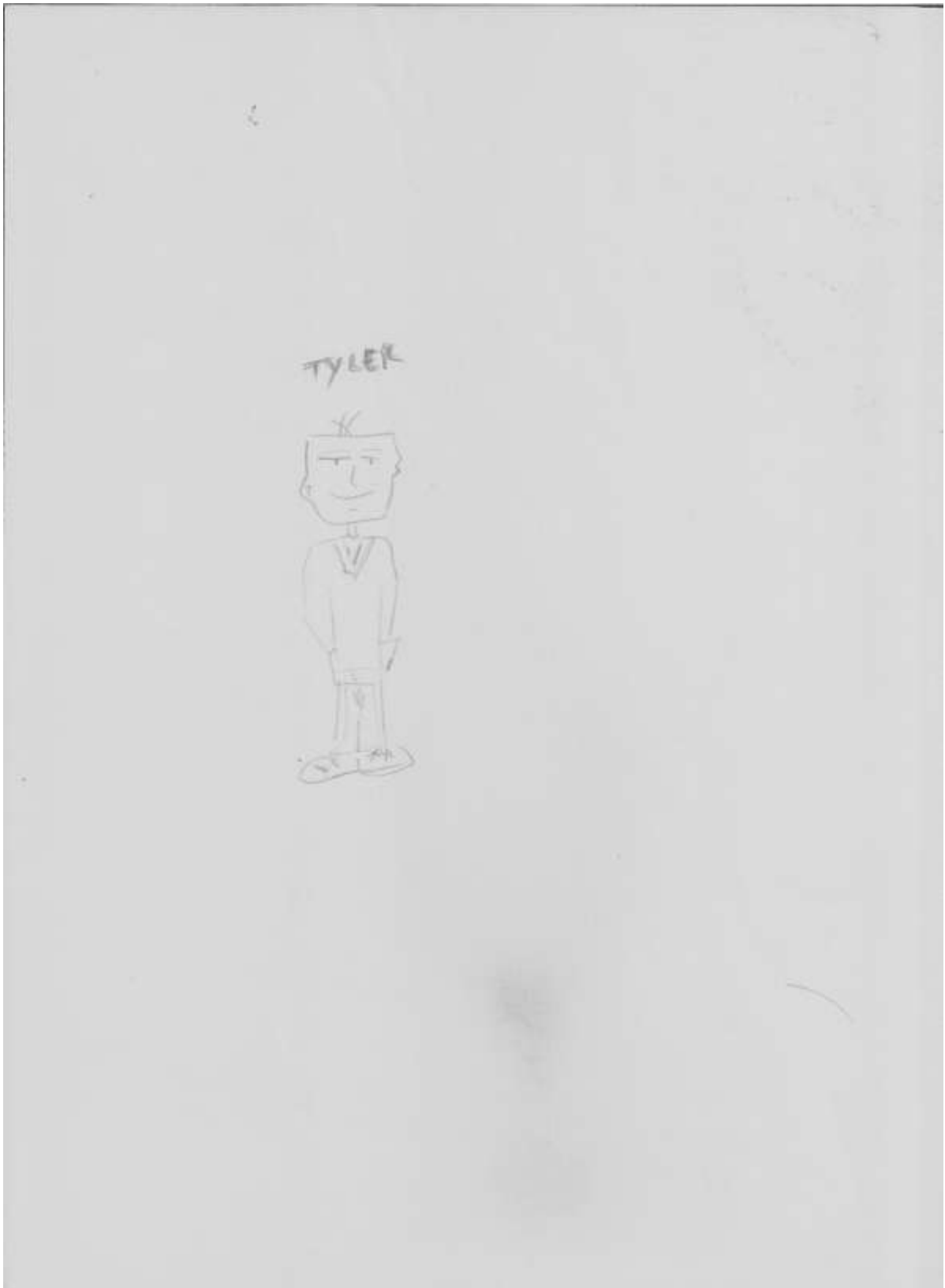


Sujeito 5



Sujeito 6

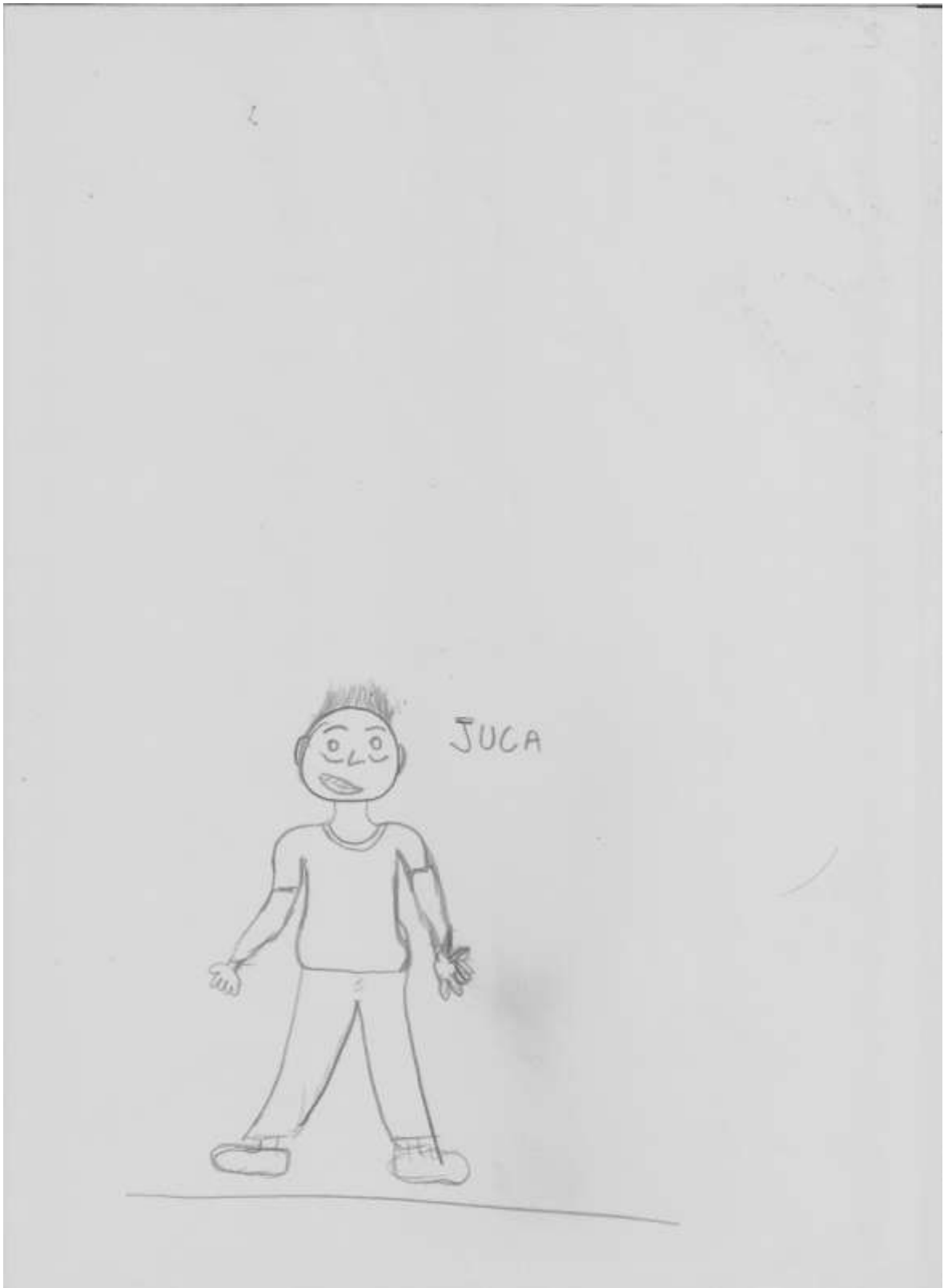




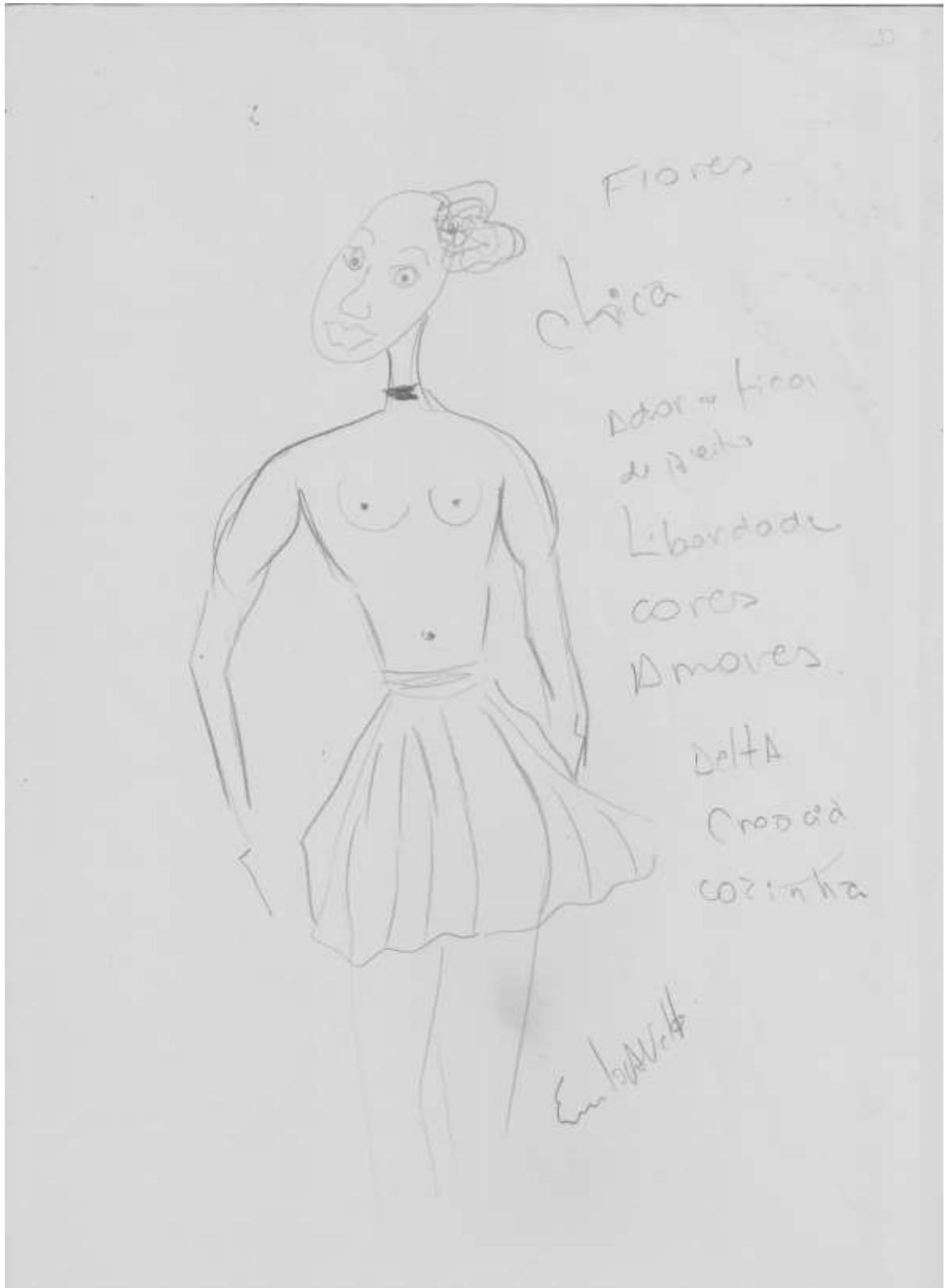
Sujeito 7



Sujeito 8



Sujeito 9



Sujeito 10